



LEIKKAUSTIIMIN TARKISTUS- LISTAN KÄYTÖN TOTEUTU- MINEN KUOPION YLIOPIS- TOLLISEN SAIRAALAN LEIK- KAUSYKSIKÖISSÄ 4301 JA 4302

Koulutusala			
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala			
Koulutusohjelma			
Hoitotyön koulutusohjelma			
Työn tekijät			
Heta Kujamäki, Siiri Nelimarkka ja Nella Ovaskainen			
Työn nimi			
Leikkaustiimin tarkistuslistan käytön toteutuminen Kuopion yliopistollisen sairaalan leikkausyksiköissä 4301 ja 4302			
Päiväys	16.03.2015	Sivumäärä/Liitteet	34/3
Ohjaaja(t)			
Erja Tengvall, Lehtori, TtT			
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)			
Kuopion yliopistollinen sairaala, leikkausyksikkö 4302.			
Tiivistelmä			
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka leikkaustiimin tarkistuslistaa käytetään Kuopion yliopistollisen sairaalan leikkausyksiköissä 4301 ja 4302. Tutkimuksen tavoitteena oli saatujen tulosten pohjalta kehittää intraoperatiivisen hoitotyön tiimin jäsenten tietoisuutta leikkaustiimin tarkistuslistan käytön nykytilasta ja tarpeellisuudesta. Tämä tutkimus on jatkotutkimus Etulan, Korolaisen ja Liljan vuonna 2013 tekemälle tutkimukselle ”Leikkausyksikössä käytettävän tarkistuslistan toimivuus”.</p> <p>Tässä tutkimuksessa käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin havainnoimalla leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä leikkaussaleissa. Apuna havainnoinnissa käytettiin leikkaustiimin tarkistuslistan pohjalta itse tehtyä havainnointilomaketta. Yhteensä havainnoituja leikkauksia oli 27. Saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimustuloksista ilmeni, että leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö on osin puutteellista. Tarkistuslistan osista alkutarkistus käytiin läpi kokonaan useimmissa leikkauksissa. Aikalisä ja lopputarkistus taas käytiin läpi usein puutteellisesti. Tutkimuksessa havaittiin, että esimerkiksi tilanteen rauhallisuus ja erilaiset häiriötekijät vaikuttivat leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöön.</p> <p>Kehitysehdotuksena voidaan todeta leikkaustiimin jäsenten motivaation lisääminen tarkistuslistan käyttöä kohtaan esimerkiksi koulutuksilla. Jatkotutkimusaiheena voisi olla kehittämistyö, jolla kartoitetaan työkaluja leikkaustiimin jäsenten motivoimiseksi tarkistuslistan käyttöön sekä leikkaustiimin ammattiryhmien välisen yhteistyön parantamiseksi tarkistuslistan käyttäjien toiveiden mukaisesti.</p>			
Avainsanat			
Intraoperatiivinen, leikkaustiimi, tarkistuslista, potilasturvallisuus, havainnointi, laadullinen tutkimus.			

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Heta Kujamäki, Nella Ovaskainen ja Siiri Nelimarkka			
Title of Thesis The Use of Surgical Safety Checklist in Kuopio University Hospital Surgical Departments 4301 and 4302			
Date	16.3.2015	Pages/Appendices	34/3
Supervisor Erja Tengvall, Senior lecturer (PhD)			
Client Organisation /Partners Kuopio University Hospital/Surgical department 4302			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this study was to find out how the surgical safety checklist is used in the surgical departments 4301 and 4302 of Kuopio University Hospital. The aim of this study was to develop intraoperative nursing team members' awareness of the current situation and the necessity of surgical safety checklist. This study is a follow-up study to a research made by Etula, Korolainen and Lilja in 2013.</p> <p>The qualitative research method was used in this study. The material was collected by observing the use of surgical safety checklist in the operating rooms. The self-made observation form was used during the observations in the operating rooms. In total 27 operations were observed. The collected material was analyzed with data driven content analysis.</p> <p>This study revealed that the implementation of surgical safety checklist is partly imperfect. The sign in part of the checklist was conducted thoroughly in most of the operations. On the other hand, the time out and sign out protocols were often implemented imperfectly. In this study it was also observed that there are factors which affect the use of the checklist. These factors were for example a peaceful moment for the checklist and different kinds of distractions.</p> <p>As a development idea, the operative team members should be more motivated into the use of a safe surgery checklist. That could be done with education. As a further study could be a study the aim of which would be to figure out tools to motivate the operative team members into the use of a surgical safety checklist and to develop co-operation between surgical team members.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Intraoperative, surgical team, Check-list, patient safety, observation, Qualitative research</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	5
2	LEIKKAUSTIIMIN TARKISTUSLISTA OSANA POTILASTURVALLISUUTTA	6
2.1	Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa hoitotyössä.....	6
2.2	Leikkaustiimin tarkistuslista	7
2.2.1	Tarkistuslistan vaiheet.....	10
2.2.2	Tarkistuslistan toimivuus ja tarpeellisuus	11
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	14
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	15
4.1	Tutkimusmenetelmä	15
4.2	Aineiston keruu ja havainnointilomake	16
4.3	Aineiston analyysi.....	17
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	21
5.1	Tarkistuslistan täytön toteutuminen.....	21
5.1.1	Tarkistuslistan kohtien läpikäyminen	21
5.1.2	Tarkistuslistan täytön onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä	22
5.2	Leikkaustiimin osallistuminen ja roolit tarkistuslistan täytössä	22
5.2.1	Sairaanhoitajien osallistuminen ja rooli tarkistuslistan täytössä	22
5.2.2	Kirurgien ja anestesia lääkärien osallistuminen ja rooli tarkistuslistan täytössä	23
6	POHDINTA.....	24
6.1	Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset	24
6.2	Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet	27
6.3	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	25
6.4	Opinnäytetyöprosessi ja oma ammatillinen kehittyminen.....	27
	LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT.....	30
	LIITE 1 Havainnointilomake	
	LIITE 2 Tarkistuslistan käyttöasteet erikoisaloittain KYS:llä	
	LIITE 3 Tutkimuslupa	

1 JOHDANTO

Maailman terveysjärjestö World Health Organization (WHO) kehitti vuosina 2007 – 2008 perioperatiivisen leikkaustiimin tarkistuslistan osana Safe Surgery Saves Lives -ohjelmaa. Tarkistuslista luotiin potilasturvallisuuden parantamiseksi sekä leikkausvirheiden että riskitilanteiden minimoimiseksi. (WHO 2009.) Tutkimusten mukaan yli puolet leikkaussaleissa tapahtuvat komplikaatioista ovat ennaltaehkäistävissä. Tarkistuslistan käyttämisellä onkin todettu olevan suuri rooli potilasturvallisuuden lisääntymisessä leikkaussalissa tapahtuvien virheiden ennaltaehkäisijänä ja leikkauskuolemien vähentäjänä. (Haynes ym. 2009.) Tarkistuslistaa käyttävät leikkaus- ja anestesiahoitajat, anestesia- ja kirurgit. Tarkistuslista on jaettu kolmeen vaiheeseen: anestesian aloitus, leikkauksen aloitus ja leikkauksen jälkeinen vaihe. (Pesonen 2011.) WHO:n kehittämä perioperatiivisen leikkaustiimin tarkistuslista otettiin käyttöön Kuopion yliopistollisessa sairaalassa (KYS) vuonna 2010, jonka jälkeen tarkistuslistaa on ryhdytty kehittämään helppokäyttöisemmäksi ja erikoisalakohtaisemmaksi (Rönkkö ja Heikkinen 2013).

Tämän tutkimuksen aiheena on tarkistuslistan (Check-listan) käyttö KYS:n leikkausyksiköissä 4301 ja 4302. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka tarkistuslistaa käytetään näissä leikkausyksiköissä, kuka tarkistuslistaa täyttää ja kuinka leikkaustiimin jäsenet suhtautuvat sen käyttöön. Tutkimuksen tavoitteena oli saatujen tulosten pohjalta kehittää intraoperatiivisen hoitotyön tiimin jäsenen tietoisuutta tarkistuslistan käytön nykytilasta ja tarpeellisuudesta. Lisäksi tavoitteena oli parantaa leikkaushoidon aikaista potilasturvallisuutta. Tutkimus on leikkausyksikkö 4302:n tilaama ja on jatkoa Etulan, Korolaisen ja Liljan (2013) tekemälle opinnäytetyölle, jossa he tutkivat tarkistuslistan käyttämättömyyden syitä KYS:n leikkausyksikkö 4302:ssa.

Tutkimus toteutettiin havainnoimalla KYS:n leikkausyksiköissä 4301 ja 4302 tarkistuslistan käyttöä menemällä leikkaussaleihin paikan päälle seuraamaan kirurgien, anestesia- ja leikkaushoitajien työskentelyä ja tarkistuslistan käyttöä. Apuna havainnoinnissa oli WHO:n leikkaustiimin tarkistuslistassa olevien tietojen pohjalta tehty havainnointilomake. Etulan ym. (2013) tutkimuksessa kävi ilmi, että tarkistuslistan käyttö oli puutteellista. Yhdeksi keskeisimmäksi syyksi tarkistuslistan käyttämättömyyteen havaittiin henkilökunnan tietämättömyys siitä, kenen vastuulla tarkistuslistan täyttäminen on. Etulan ym. (2013) tutkimuksen tuloksissa havaittiin, että tarkistuslistan käyttöönotto ei ole täysin onnistunut. Tarkistuslistan käyttöä lisäisi sen räätälöiminen erikoisalakohteisesti ja leikkaustiimin nykyistä parempi motivoiminen. Heidän tutkimuksestaan saatujen tulosten perusteella oli tarvetta selvittää tarkistuslistan käytön toteutumisen nykytilaa leikkausyksiköissä.

Tutkimuksen aihe on tärkeä ja ajankohtainen, koska leikkaustoiminnan potilasturvallisuuteen on viime vuosina kiinnitetty erityistä huomiota ja tarkistuslistan käyttö lisää operatiivisen potilaan potilasturvallisuutta ja vähentää komplikaatoriskiä (Pesonen 2011). Kun potilaasta tuntuu, että hänen turvallisuutensa on leikkaustiimille tärkeää, hänelle jää positiivisempi kokemus toimenpiteestä (Reshamwalla, Walker ja Wilson 2012). Valitsimme opinnäytetyömme aiheen, koska meitä kiinnostaa perioperatiivinen hoitotyö ja haluamme olla mukana kehittämässä leikkaustiimin toimintaa ja omalta osaltamme lisäämässä operatiivisen potilaan potilasturvallisuutta.

2 LEIKKAUSTIIMIN TARKISTUSLISTA OSANA POTILASTURVALLISUUTTA

2.1 Potilasturvallisuus intraoperatiivisessa hoitotyössä

Potilasturvallisuus on keskeinen osa laadukasta hoitoa ja se voidaankin nähdä terveyden- ja sairaanhoidon laadun perustana ja osana sosiaali- ja terveydenhuollon laadun ja riskien hallintaa. Potilasturvallisuus on periaatteita ja toimintoja, jotka varmistavat hoidon turvallisuuden sekä suojaa potilasta vahingoilta. Potilasturvallisuuden kannalta on tärkeää tarkastella tapahtuneiden vaaratapahtumien lisäksi poikkeamia, virheitä ja mahdollisuuksia välttää niitä. Potilasturvallisuuspoikkeamalla tarkoitetaan kaikkia terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, järjestelmiin tai ympäristöön liittyviä sovitusta poikkeavia tilanteita, joiden seurauksena voi potilaalle aiheutua vaaratapahtuma. (Helovuori, Kinnunen, Peltomaa ja Pennanen 2011, 13 – 21.) Leikkaustoiminta on merkittävä osa terveydenhuoltoa maailmanlaajuisesti. Leikkaustoiminnalla pyritään pelastamaan henkiä, mutta huolimaton kirurgia voi aiheuttaa merkittäviä haittoja ja jopa kuolemia. Tästä syystä leikkaustoiminnan potilasturvallisuuteen on viime vuosina kiinnitetty erityistä huomiota ja leikkaustoiminnan potilasturvallisuuden parantaminen on ollut esimerkiksi WHO:n Safe Surgery Saves Lives -ohjelman tavoitteena. Potilasturvallisuuden varmistamiseksi on kehitetty erilaisia menettelytapoja ja järjestelyjä, joilla saavutetaan toivottu hoitotulos ja vahvistetaan toimintojen sietokykyä erilaisten poikkeamien varalle. Tällainen on esimerkiksi WHO:n kehittämä leikkaustiimin tarkistuslista. (WHO 2009.) Suomessa vastuu potilasturvallisuuden toteutuksesta on organisaation johdolla, mutta jokainen hoitoon osallistuva työntekijä vastaa omalta osaltaan sen toteutumisesta (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2014).

Potilasvahinkolain (1986, 1§) mukaan potilaalle tulee korvata Suomessa annetun terveyden- ja sairaanhoidon yhteydessä potilaalle aiheutunut henkilövahinko potilasvakuutuksesta. Myös lääkkeen antamista pidetään hoitona, jos siitä on tehty lääkemääräys. Potilasvahinkolaissa edellytetään, että jokaisen terveydenhuollon tai sairaanhoidon toimijan on otettava potilasvakuutus potilasvahinkojen varalta. Potilasvakuutus korvaa potilaalle aiheutuneen vahingon jos kyseessä on hoitovahinko, infektiovahinko, laitevahinko, tapaturmavahinko, hoituhuoneiston tai laitteiston vahinko, lääkkeen toimitamisvahinko tai kohtuuton vahinko. Potilasvakuutus korvaa sen osuuden vahingoista, jota muut lakisääteiset vakuutukset ja etuudet eivät kata. Potilasvakuutuksen korvausta haetaan potilasvakuutuskeskukselta, jolle pitää toimittaa vahinkoilmoitus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.) Potilasvakuutuskeskus (PVK) on potilasvakuutustoimintaa harjoittavien vakuutusyhtiöiden muodostama keskus, jonka tehtävänä on huolehtia Suomessa tapahtuneiden potilasvahinkojen korvaamisesta. Potilasvahinkolaki ohjaa potilasvahinkokeskuksen toimintaa. (Potilasvakuutuskeskus 2013.)

Leikkaustiimin tarkistuslistan läpikäynti on osa turvallista toimenpidettä ja sen käyttö kuuluu potilasvahinkolain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön osaamisvaatimuksiin. Potilasvakuutuskeskus vaatii tarkistuslistan käyttöä leikkaushoitoprosessin aikana kaikissa leikkaustoimintaa harjoittavissa laitoksissa. Potilasvakuutuskeskus huomioi leikkaustulosta arvioidessaan, olisiko leikkaustiimin tarkistuslistan käytöllä voitu välttää mahdollisilta potilasvahingoilta tai komplikaatioilta. (Potilasvakuutuskeskus 2012.) Vuonna 2009 potilasvakuutuskeskus korvasi 1202 leikkaus- ja anestesiatoiminnassa tapahtunutta potilasvahinkoa. Vuonna 2013 potilasvakuutuskeskus korvasi yhteensä 1095 anestesia-

ja leikkaustoiminnassa tapahtunutta potilasvahinkoa ja vuonna 2014 korvattavien potilasvahinkojen määrä oli 1140. (Potilasvakuutuskeskus 2014.) Ilmoitettujen leikkausvahinkojen määrän vähentyminen saattaa osaltaan selittyä tarkistuslistan käyttöönottolla ja on mahdollista, että potilasvahinkojen määrä vähenee entisestään tulevaisuudessa, kun tarkistuslistan käytöstä tulee vakiintunut osa leikkaustoimintaa.

Tässä tutkimuksessa keskitytään potilasturvallisuuteen intraoperatiivisessa hoitotyössä, joka on yksi perioperatiivisen hoitotyön vaiheista. Perioperatiivinen hoitotyö jaetaan kolmeen osaan: pre-, intra- ja postoperatiivinen vaihe. Leikkausosastolla tapahtuva hoitotyö kuuluu intraoperatiiviseen vaiheeseen. Intraoperatiivinen vaihe alkaa potilaan saapumisesta ja vastaanottamisesta leikkausosastolle ja päättyy kun potilas siirtyy valvontayksikköön. Siihen kuuluu potilaan tarvitsema kirurginen hoito sen edellyttämässä anestesiamuodossa. Intraoperatiivinen hoito on intensiivistä hoitotyötä. Siinä huomioidaan potilaan perus- ja erityistarpeiden tyydyttäminen moniammatillisessa ryhmässä. Intraoperatiivisessa hoitotyössä korostuvat potilaslähtöisyys, aseptiset työtavat, steriilin tekniikan noudattaminen sekä moniammatillisen tiimin yhteistyö, jossa työntekijöiltä vaaditaan laajaa ammattitaitoa sekä vaihtelevien tilanteiden hallintaa. (Lukkari, Kinnunen ja Korte 2013, 9 – 20; Tengvall 2010, 5 – 6, 15.)

2.2 Leikkaustiimin tarkistuslista

Leikkaustiimi on moniammatillinen tiimi, johon kuuluvat kirurgit, anestesia- ja leikkaushoitoajat (valvova ja instrumentoiva hoitaja). Anestesiahoitoajat toimivat anestesia- ja leikkaushoitoajien työparina ja leikkaushoitoajat yhteistyössä kirurgin kanssa. Leikkaustiimin tehtävänä on pitää huoli siitä, että potilasta hoidetaan turvallisesti leikkauksen kaikissa vaiheissa: ennen leikkausta, leikkauksen aikana ja leikkauksen jälkeen. (Ikonen ja Pauniahio 2010; Tengvall 2010, 5 – 6, 12.)

Leikkaustiimin käyttämä tarkistuslista on potilasturvallisuutta lisäävä työkalu, jonka käyttöä Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), WHO ja Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) suosittelevat (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos 2014). Potilasvakuutuskeskus edellyttää tarkistuslistan käyttöä leikkaussalissa. Tarkistuslistan tavoitteet ovat potilasturvallisuuden varmistaminen ja erikoisalojen yhteistyön ja kommunikoinnin sekä tilannetietoisuuden parantaminen. (Peltomaa ja Väisänen 2013, 226 – 227.) Lisäksi tarkistuslistan tavoitteena on vähentää hoidossa tapahtuvien virheiden määrää, lisätä turvallisuutta ja parantaa hoidon laatua. Tarkistuslistan käytössä on oleellista, että sen sisältämät turvallisuuden kannalta oleelliset toiminnot ja kriteerit toteutetaan ja tarkastetaan systemaattisesti aina samalla tavalla. Lisäksi on tärkeää, että se on suunniteltu mahdollisimman hyvin yksikön toimintatapojen ja prosessien mukaisesti. (Helovuori ym. 2011, 208 – 212.) KYS:n käyttämän tarkistuslistan vaiheet on esitetty kuvissa 1 – 3.

ALKUTARKISTUS ENNEN ANESTESIAN ALOITUSTA -Anestesia lääkäri (anestesiahoitaja) huolehtii
<input type="checkbox"/> Potilaalta /omaiselta on varmistettu HENKILÖLLISYYS JA TOIMENPIDE <input type="checkbox"/> Tietojärjestelmät on avattu oikealle potilaalle -Vastaanottanut hoitaja varmistaa
<input type="checkbox"/> LEIKKAUSALUE /-PUOLI MERKITYY <input type="checkbox"/> Ei merkitty <input type="checkbox"/> Ei tarvetta -Vastaanottanut hoitaja varmistaa
<input type="checkbox"/> ANTIBIOOTTIPROFYLAKSIA <input type="checkbox"/> Annettu / annetaan 60 minuutin sisällä ennen tmp:n alkua <input type="checkbox"/> Selvitetty, ei tarvita
<input type="checkbox"/> ANESTESIAVALMIUS vahvistettu - Anestesiologi vahvistaa: <input type="checkbox"/> ASA-luokka <input type="checkbox"/> Perussairaudet ja peruslääkkeet <input type="checkbox"/> Veren hyytymiseen vaikuttava lääkitys <input type="checkbox"/> Implantit ja proteesit <input type="checkbox"/> Laboratoriovastaukset <input type="checkbox"/> Anestesiavälineistö tarkistettu
<input type="checkbox"/> PULSSIOKSIMETRI asennettu ja toimii - Anestesiahoitaja lukee ääneen happisaturaation
<input type="checkbox"/> ALLERGIAT - Anestesiologi sanoo ääneen tiedossa olevat potilaan allergiat tai että niitä ei ole
<input type="checkbox"/> VAIKEA HENGITYSTIE <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> On ja tarvittavat välineet saatavilla - Anestesiologi vahvistaa
<input type="checkbox"/> ASPIRAATORISKI <input type="checkbox"/> Ei ole <input type="checkbox"/> Otettu huomioon - Anestesiologi vahvistaa
<input type="checkbox"/> VERENVUOTO <input type="checkbox"/> Ei ole odotettavissa merkittävää verenvuotoa <input type="checkbox"/> Verivaraus tarkistettu - Anestesiologi vahvistaa

Kuva 1. Alkutarkistus (KYS 2015)

TARKISTUS ENNEN TOIMENPITEEN ALOITUSTA -Toimenpidelääkäri huolehtii
<input type="checkbox"/> NIMET JA TEHTÄVÄT tiedossa - Tiimin jäsenet esittäytyvät toisilleen tai varmistavat ääneen, että kaikki salissa tuntevat toisensa
<input type="checkbox"/> POTILAS, LEIKKAUSKOHDE JA TOIMENPIDE - Leikkaava lääkäri vahvistaa
TOIMENPITEEN KULKU JA KRIITTISET TEKIJÄT otettu huomioon ja kerrottu <input type="checkbox"/> LEIKKAAVA LÄÄKÄRI: Leikkauksen kriittiset vaiheet, rutiinista poikkeavat suunnitelmat, leikkauksen oletettu kesto ja arvioitu verenvuoto
<input type="checkbox"/> ANESTESIOLOGI / ANESTESIAHOITAJA Antibioottiprofylaksia <input type="checkbox"/> Annettu 60 min sisällä <input type="checkbox"/> Ei tarvetta Erityiset potilaskohtaiset huolenaiheet
<input type="checkbox"/> LEIKKAUSHOITAJA JA VALVOVA HOITAJA Steriliteetti varmistettu; välineistö, instrumentit ja lääkeaineet saatavilla; diatermialevyn paikka otettu huomioon
<input type="checkbox"/> RADIOLOGISET KUVAT <input type="checkbox"/> Esillä <input type="checkbox"/> Ei tarvita - Valvova hoitaja vahvistaa

Kuva 2. Aikalisä (KYS 2015)

LOPPUTARKISTUS ENNEN LEIKKAUSSALISTA POISTUMISTA
-Valvovahoitaja huolehtii

Hoitajat vahvistavat ääneen, että:

☐ INSTRUMENTIT, TAITOKSET JA NEULAT
Laskettu ja täsmäyvät

☐ NÄYTTEISIIN MERKITTY potilastiedot ja tunnisteet

☐ Tutkimuspyynnöt on tehty oikealle potilaalle

☐ Ei näytteitä

☐ Korjattavat VÄLINEISTÖONGELMAT otettu huomioon

☐ Ei ongelmia

☐ SEURANTAOHJEET annettu

Tiimin jäsenet vahvistavat, että ovat käyneet läpi seurantaviheessä erityishuomiota vaativat seikat ja välittömät jatkohoitomääräykset

☐ DIAGNOOSI, TOIMENPITEEN NIMI JA KOODIT kirjattu oikein

- Leikkaava lääkäri vahvistaa

Tarkistuslistasta kuittaamatta jääneet kohdat (lyhyt kuvaus)

Kuva 3. Lopputarkistus (KYS 2015)

2.2.1 Tarkistuslistan vaiheet

Leikkaustiimin tarkistuslista koostuu kolmesta vaiheesta, joissa käydään läpi leikkauksen kannalta oleelliset asiat. Nämä vaiheet pohjautuvat näyttöön perustuvalle tiedolle siitä, että niiden läpikäyminen vähentää mahdollisia potilasvahinkoja (WHO 2009). Ensimmäinen vaihe on ennen anestesian aloitusta tapahtuva alkutarkistus, toinen vaihe on ennen viiltoa tapahtuva aikalisä ja kolmannessa vaiheessa ennen leikkaussalista poistumista tehdään lopputarkistus. Tarkistuslistan läpikäyminen perustuu leikkaustiimin suulliseen kommunikointiin. Tarkistuslistan onnistuneen läpikäymisen kannalta on tärkeää, että yksi henkilö on vastuussa siitä, että kaikki kohdat tulee käytyä läpi. Usein vastuu on sairaanhoitajilla. Vastuussa oleva henkilö, esimerkiksi valvova hoitaja, käy tarkistuslistan läpi kohta

kohdalta ja etenee seuraavaan kohtaan vasta kun on saanut varmistuksen. (Ikonen ja Pauniahio 2010; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010; WHO 2009.)

Alkutarkistus tehdään anestesiavalmisteluiden ollessa valmiit. Anestesiologi varmistaa ääneen, että potilaan henkilöllisyys ja toimenpidealue on tarkastettu ja potilaan tai omaisen suostumus toimenpiteeseen saatu. Anestesiavalmius vahvistetaan eli varmistetaan muun muassa, että potilaan anestesariskiluokitus (ASA-luokka), perussairaudet, lääkitykset, tromboosi- ja antibioottiprofylaksia sekä laboratoriovastaukset on huomioitu. Anestesiavälineistö ja pulssioksimetrin toimivuus on asennettava ja tarkistettava. Lisäksi pitää selvittää, onko potilaalla tiedossa olevia allergioita, ahdas hengitystie, aspiraatorisiki tai verenvuotorisiki. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010; WHO 2009.)

Aikalisän aikana leikkaustiimin jäsenet varmistavat ääneen, että kaikkien leikkaussalissa olevien nimet ja tehtävät ovat selvillä. Kirurgi myös varmistaa suullisesti potilaan henkilöllisyyden, leikkausalueen ja toimenpiteen. Leikkaustiimi yhdessä varmistaa, että keskeiset kriittiset tekijät on otettu huomioon ja käyty läpi. Myös antibioottiprofylaksian tarpeellisuus ja sen antamisen ajankohta sekä radiologisten kuvien esillä olon tarve varmistetaan. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010; WHO 2009.)

Lopputarkistuksen aikana leikkaushoitajat vahvistavat ääneen, että instrumentit on kontrolloitu ja että niiden lukumäärä täsmää. Valvova hoitaja tarkistaa kirurgilta että diagnoosi, toimenpide ja toimenpiteen koodi on kirjattu oikein. Valvova hoitaja tarkistaa myös, että potilaalta otetut näytteet on merkitty sekä mahdolliset välineistöongelmat ja poikkeamat hoidossa on kirjattu. Leikkaustiimi yhdessä varmistaa, että potilaan hoitoa koskevat jatkohoitomääräykset on käyty läpi. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010; WHO 2009.)

2.2.2 Tarkistuslistan toimivuus ja tarpeellisuus

Tarkistuslistan tulisi aiheuttaa mahdollisimman vähän keskeytyksiä leikkaustiimin työskentelylle ja leikkauksen etenemiselle. Siksi on tärkeää valita tietty henkilö vastaamaan tarkistuslistan toteutumisesta leikkauksen aikana. Yleensä tämä tehtävä sopii parhaiten leikkauksen valvovalle hoitajalle. Valittu henkilö varmistaa, että kaikki tarkistuslistan kohdat tulee käytyä läpi ennen kuin leikkaustiimi etenee seuraavaan vaiheeseen. Leikkaustiimin ja esimiesten sitoutumisella on suuri vaikutus tarkistuslistan käytön onnistumiseen. Tarkistuslistojen käyttö saattaa tuntua leikkaustiimin mielestä aluksi ajanhukalta ja vaikealta, joten tiedotukseen, harjoitteluun ja koulutukseen on hyvä panostaa. Tarkistuslistan mielekkyyttä lisää se, että tarkistuslista on muokattu leikkaustiimien toimintatapoihin ja odotuksiin sopivaksi. (Helovuio ym. 2011, 208 – 212; Ikonen ja Pauniahio 2010; WHO 2009.)

Leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä ja sen käytön vaikutuksista potilasturvallisuuteen on tehty vuoden 2009 jälkeen useita tutkimuksia. Tarkastuslistan käyttö on todettu monissa Suomessa ja ulkomailloin tehdyissä tutkimuksissa hyödylliseksi. Reshamwallan ym. (2012) kirjallisuuskatsauksen mukaan useissa maailmalla tehdyissä tutkimuksissa on selvinnyt, että tarkistuslistan käyttö parantaa potilasturvallisuutta ja siten leikkausten lopputuloksia, mikäli listaa käytetään tehokkaasti. Tarkistus-

listan käytön tarpeellisuutta puoltaa myös Russin, Routin, Sevdalisin, Moorthyn ja Vincentin (2013) tekemä systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa vertailtiin 20 tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että tarkistuslistan käyttäminen parantaa leikkaustiimin yhteistyötä ja kommunikaatiota. Tarkistuslistan käytön huomattiin vähentävän myös leikkaustiimin huonosta kommunikaatiosta johtuvia virheitä ja rohkaisevan työntekijöitä tuomaan esille leikkausta koskevat riskitekijät.

Tarkistuslistan ja varsinkin aikalisän käyttöä puoltavat myös Norjassa tehdyn kyselytutkimuksen tulokset (Haugen, Muruges, Haaverstad, Eide ja Softeland 2013). Tutkimuksen aiheena olivat leikkaustiimin jäsenten käsitykset läheltäpiti -tilanteista ja heidän asenteensa aikalisää kohtaan. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena norjalaisessa yliopistollisessa sairaalassa. Tutkimukseen osallistui anestesialääkäreitä, kirurgeja, anestesiahoitajia sekä leikkaushoitajia. Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että suurimmalla osalla vastaajista oli ollut epätietoisuutta ja epävarmuutta esimerkiksi toimenpiteestä ja leikkausalueesta. Vastaajista 60 % oli joskus valmistautunut väärään toimenpiteeseen ja jopa 81 % oli joskus ollut epävarma leikkausalueesta. Leikkaustiimien jäsenistä 63 % oli sitä mieltä, että potilaan henkilöllisyyden, leikkauspaikan ja toimenpiteen varmistaminen ovat tarpeellisia. Suurin osa eli 91 % vastaajista kannatti aikalisää. Suomessa Takala, Pauniahon, Kotkansalon, Helmiön, Blomgren, Helminen, Kinnunen, Takala, Aaltonen, Katila, Peltomaa ja Ikonen (2009) tekivät pilottitutkimuksen tarkistuslistan käytön vaikutuksista ja myös tämä tutkimus puolsi tarkistuslistan tarpeellisuutta. Kyselytutkimuksen (N=1748) mukaan potilaan henkilöllisyyden tarkistaminen lisääntyi, leikkaustiimin tietoisuus leikkauksessa odotetuista riskeistä kasvoi ja lisäksi leikkaustiimin kommunikaatio-ongelmat vähenivät.

Esimerkiksi Haugenin, Softelandin, Eiden, Sevdalisin, Vincentin, Nortwedtin ja Harthugin (2012) toimintatutkimus, joka käsitteli tarkistuslistan käytön vaikutuksia leikkaustiimin käsityksiin potilasturvallisuudesta, ei kuitenkaan tue sitä näkemystä, että leikkaustiimin tarkistuslista omalta osaltaan lisää turvallisuutta leikkaustoiminnassa. Tutkimuksen mukaan WHO:n leikkaustiimin tarkistuslistan käytämisellä on ollut vain rajallinen vaikutus sairaalan turvallisuuskäytäntöihin.

Suomessa leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä on tehty leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöönoton jälkeen useita opinnäytetöitä. Esimerkiksi Pahikkalan ja Niemelän (2013) opinnäytetyössä selvitettiin myös keinoja tarkistuslistan käyttöönoton helpottamiseksi leikkaussalissa. Opinnäytetyö oli kirjallisuuskatsaus, jossa selvitettiin, mitä hyötyjä tarkistuslistan käyttöönotosta on ollut ja miten sen käyttö on vaikuttanut leikkausyksiköiden työskentelytapoihin. Kirjallisuuskatsauksen perusteella opinnäytetyössä tultiin siihen tulokseen, että tarkistuslistan käyttö lisäsi tiimityöskentelyä ja kommunikaatiota eri ammattiryhmien välillä. Selvisi myös, että tarkistuslista vähensi leikkauskomplikaatioita.

Asikainen ja Piippo (2013) ovat myös tutkineet opinnäytetyössään tarkistuslistan käytön toteutumista. Heidän opinnäytetyönsä oli laadullinen tutkimus Iisalmen sairaalan leikkausyksikön tarkistuslistan toimivuudesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Lisäksi heidän tarkoituksenaan oli kehittää tarkistuslistaa ja sen kautta parantaa potilasturvallisuutta. Asikaisen ja Piipon opinnäytetyössä selvisi, että henkilökunta Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä on sitä mieltä, että tarkistuslista lisää potilasturvallisuutta. Selvisi myös, että tarkistuslistan käyttö Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä toimii ja on

osa hoitotyötä. Kehitystarpeena työn perusteella todettiin tarkistuslistan muokkaaminen yksikkökohtaisemmaksi ja hoitohenkilökunnan parempi motivoiminen tarkistuslistan käyttöön.

Hentunen ja Liedes (2014) tutkivat myös opinnäytetyössään leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä. He toteuttivat tutkimuksensa kyselynä Kainuun keskussairaalan leikkaus- ja anestesiaosaston henkilökunnalle selvittäen henkilökunnan kokemuksia ja asenteita leikkaustiimin tarkistuslistasta. Tutkimuksen tuloksissa ilmeni, että leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö ei toteudu asianmukaisesti. Lisäksi tutkimustulosten perusteella henkilökunta haluaisi tarkistuslistaan lisää tarkistettavia kohtia.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuinka tarkistuslistaa käytetään KYS:n leikkausyksiköissä 4301 ja 4302. Lisäksi tarkoitus on havainnointien avulla selvittää, kuka tarkistuslistaa täyttää ja kuinka leikkaustiimin jäsenet suhtautuvat sen käyttöön. Tutkimuksen tavoitteena on saatujen tulosten pohjalta kehittää intraoperatiivisen hoitotyön tiimin jäsenten tietoisuutta tarkistuslistan käytön nykytilasta ja tarpeellisuudesta. Lisäksi tavoitteena on osaltaan parantaa leikkaushoidon aikaista potilasturvallisuutta.

Tutkimusmenetelmänä tutkimuksessa käytetään havainnointia, jonka avuksi on laadittu havainnointilomake WHO:n leikkaustiimin tarkistuslistan tietoja muokkaamalla. Havainnointi toteutettiin siten, että havainnoijat menivät KYS:n leikkausyksiköihin paikan päälle seuraamaan leikkaussaleissa toteutuvaa anestesia- ja leikkaushoitajien, kirurgien ja anestesia lääkkäreiden työskentelyä ja tarkistuslistan käyttöä.

Tutkimusta ohjaavat kysymykset:

1. Miten leikkaustiimin jäsenet suhtautuvat tarkistuslistan täyttämiseen?
2. Millaisia suhtautumiseroja tarkistuslistan käytössä on eri ammattiryhmien välillä?
3. Millaisia eroja leikkausyksiköiden 4301 ja 4302 leikkaustiimien välillä on tarkistuslistan käytössä?
4. Miltä osin tarkistuslistan käyttö toteutuu?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen moninaisen elämän ja tapahtumien kuvaaminen ja tutkimuskohdetta tutkitaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti ja mielekkäästi. Toisin kuin kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa, laadullinen tutkimus ei pyri yleistykseen, eikä tutkimus perustu luokuihin ja niiden tarkasteluun. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2008, 157 – 160; Kananen 2008, 24 – 30.) Ongelmia kvalitatiiviseen tutkimukseen voivat tuoda tutkijan omat arvot, jotka pyrkivät ohjaamaan sitä, miten tutkittava ilmiö ymmärretään. Laadullisessa tutkimuksessa tiedonkeruu on kokonaisvaltaista. Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä luonnollisissa, todellisissa tilanteissa hankitun aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu, ja sen tarkoituksena on luoda uudenlaista ymmärrystä ja uusia johtopäätöksiä yksilöistä, ryhmistä ja kulttuureista. Laadullisessa tutkimuksessa tutkitaan esimerkiksi käyttäytymistä, näkökulmia, tunteita ja kokemuksia. Tutkija tai tutkijat ovat suorassa kontaktissa tutkittavan ilmiön kanssa menemällä ilmiön pariin esimerkiksi haastattelemaan tai havainnoimaan. Laadullinen tutkimus sopii hyvin hoitotieteen tutkimuksiin, sillä se on luonteeltaan ihmiskeskeistä ja se antaa kokonaisvaltaisen käsityksen ihmisten; potilaiden ja työntekijöiden kokemuksista heidän omassa ympäristössään. (Hirsjärvi ym. 2008, 157 – 160; Holloway ja Wheeler 2002, 3 – 4; Kananen 2008, 30 – 33.)

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena, jossa tutkimusmetodina käytettiin havainnointia. KYS kerää tilastotietoa tarkistuslistan käyttöprosentista (Ronkainen 2014-08-28), joten ei ollut tarkoituksenmukaista kerätä määrällistä tietoa tarkistuslistan käytöstä, vaan saada selville tarkistuslistan käytön nykytila. Havainnointi on tutkimusmenetelmä, joka sopii hyvin laadullisen tutkimuksen tiedonkeruuseen. Havainnointi on toimiva menetelmä silloin, kun tutkimuksella halutaan saada välitöntä ja suoraa tietoa yksilön toiminnasta ja vuorovaikutuksesta toisten ihmisten kanssa. Havainnointitutkimuksessa havainnoija tutkii ihmisiä heidän luonnollisissa ympäristöissään. (Hirsjärvi ym. 2008, 208; Holloway ja Wheeler 2002, 97). Yksilön käyttäytyminen ja toiminta ryhmässä ovat yleensä havainnointitutkimuksen kohteena (Kananen 2008, 60 – 70). Tämän vuoksi havainnoinnin valinta tutkimusmenetelmäksi tässä tutkimuksessa tuntui luontevalta, koska tutkittavana kohteena oli leikkaustiimin jäsenten toiminta ja osallistuminen tarkistuslistan käyttöön.

Havainnointi voi olla luonteeltaan joko hyvin systemaattista ja tarkasti jäsenneltyä tai täysin vapaata ja kohteenluonnolliseen toimintaan mukautunutta. Myös havainnointitavat on jaoteltu sen mukaan millainen rooli tutkijalla on tutkimuskohteessa. Havainnointitapa voi olla tarkkailevaa, osallistuvaa, aktivoivaa osallistuvaa tai piilohavainnointia. (Vilkkä 2007, 38 – 43; Watson, Booth ja Whyte 2010, 382 – 393) Tässä tutkimuksessa noudatettiin systemaattista, tarkkaan määriteltyä havainnointia, jossa havainnot pyritään tekemään ja tallentamaan mahdollisimman systemaattisesti ja tarkasti muistiinpanojen avulla. Tutkimuksessa tutkimuskohdetta tarkkailtiin ulkopuolisena ”tarkkailevana havainnoijana”, eikä tutkija osallistunut tutkimuskohteen toimintaan. (Hirsjärvi ym. 2008, 210; Holloway ja Wheeler 2002, 100 – 102.) Havainnoinnin lisäksi tutkimuksessa käytettiin jo olemassa olevaa tutkimustietoa, artikkeleita ja kirjallisuutta aiheesta. Teoreettista taustatietoa haettiin muun mu-

assa Terveystieteen, PubMedin ja Mediciin tietokannoista. Tietoa haettiin sekä suomenkielisillä että englanninkielisillä hakusanoilla. Tutkimuksen lähteinä käytettiin suomalaisia ja ulkomaisia lähteitä. Yleisimmin suomenkielisinä hakusanoina käytettiin tarkistuslista, potilasturvallisuus, perioperatiivinen hoitotyö ja leikkaustiimi. Englanninkielisiä hakusanoja olivat checklist, surgical safety ja surgical team. Lähteiden luotettavuus pyrittiin varmistamaan tutkimuksessa siten, että lähteiksi valittiin mahdollisimman uusia lääke- ja hoitotieteen julkaisuissa (muun muassa *Finnancet*, *Suomen Lääkärilehti*, *British Journal of Anesthesia*, *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* ja *Annals of Surgery*) ilmestyneitä tutkimuksia ja artikkeleita. Tämän vuoksi tiedonhaku rajattiin vuosiin 2007 – 2014.

4.2 Aineiston keruu ja havainnointilomake

Tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä käytettiin leikkaussaleissa suoritettavaa havainnointia. Havainnoinnin apuna käytettiin WHO:n tarkistuslistan tietoja muokkaamalla laadittua havainnointilomaketta (LIITE 1). Havainnointilomakkeessa oli tarkistuslistan kohdat alkutarkistuksen, aikaisätarkistuksen ja lopputarkistuksen mukaisesti. Jokaisen tarkistuslistan kohdan (esimerkiksi verenvuotoriski, vaikea hengitystie, henkilö ja toimenpide varmistettu) jälkeen havainnointilomakkeella oli ruutu, johon havainnoija laittoi merkin, mikäli kohta käytiin salissa läpi. Alkutarkistuksen, aikaisän ja lopputarkistuksen perässä lomakkeella oli kysymyksiä, joihin havainnoija kirjoitti omia huomioitaan havainnoinneistaan. Kysymykset koskivat sitä, kuka kohdat tarkisti, tarkistettiinkö kohdat ääneen sekä tekikö tutkija muita huomioita koskien tarkistuslistan käyttöä. Ennen havainnointien aloittamista havainnointilomaketta laatiessa havainnoijat sopivat, mihin asioihin tarkistuslistan täytössä kiinnittäisiin huomiota havainnoiteja toteutettaessa.

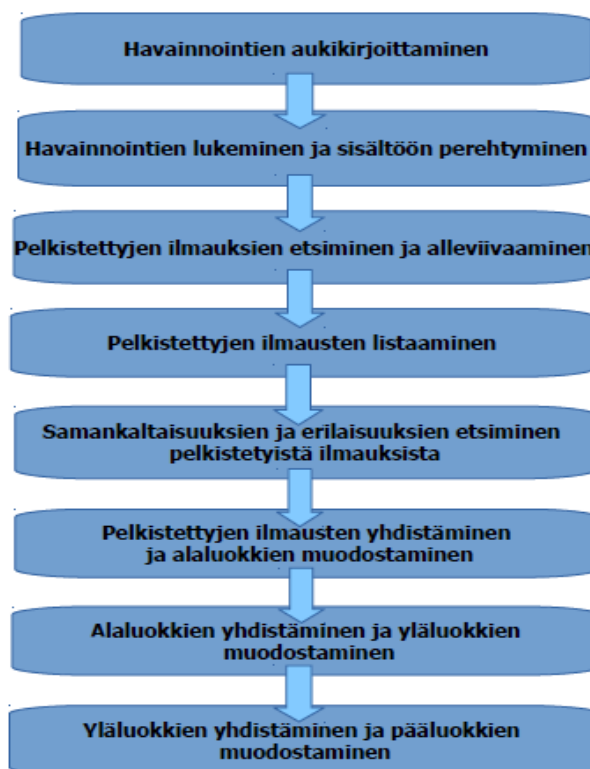
Havainnointitutkimus toteutettiin syys-lokakuussa 2014 KYS:n leikkausyksiköissä 4301 ja 4302 etukäteen sovitussa leikkaussaleissa. Leikkaussalit valittiin yhdessä osastonhoitajien ja ohjaavan opettajan kanssa. KYS kerää tilastotietoa tarkistuslistan käyttöasteesta erikoisaloittain (LIITE 2). Havainnoitavat erikoisalot valittiin osastonhoitajien toiveiden mukaisesti käyttöastetilaston perusteella. Havainnoitaviksi erikoisaloiksi valittiin pienimpien käyttöasteiden perusteella leikkausyksikkö 4301:ltä gastroenterologia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit sekä plastiikkakirurgia ja leikkausyksikkö 4302:lta ortopedia, sydän- ja rintaelinkirurgia sekä pediatria.

Aineiston koon päättäminen voi olla ongelmallista kvalitatiivisessa tutkimuksessa, sillä sen määrittämiseksi ei ole olemassa yksiselitteisiä sääntöjä. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruun tarkoitus on kerätä tietoa, jolla pyritään ymmärtämään tutkimuskohdetta. Keskimääräisten yhteyksien tai tilastollisten säännönmukaisuuksien löytäminen ei ole laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä, joten tutkimusaineiston laajuus ei ole riippuvainen näistä tekijöistä. (Eskola ja Suoranta 2000, 61 – 61; Hirsjärvi ym. 2008.) Laadullisessa tutkimuksessa tulosten määrä ei ole merkittävää, vaan se, millaisia tuloksia saadaan. Havaintojen määrän ja riittävyyden kriteerinä voidaan käyttää esimerkiksi kyläntymistä. Kylläntymisellä tarkoitetaan sitä, että havaintoja katsotaan olevan riittävästä, kun havaintojen määrän kasvaessa tulkinta ei enää muutu, eivätkä uudet tapaukset tuo enää uutta tietoa tutkimuskohteesta. (Eskola ja Suoranta 2000, 62 – 63; Kananen 2008, 33 – 34.)

Leikkaustilanne on intensiivinen ja tilat rajalliset, joten leikkauksiin ei menty yhdessä, vaan havainnoijat osallistuivat leikkauksiin yksin. Havainnoinnit jaettiin havainnoijien kesken siten, että jokainen havainnoi molemmissa leikkausyksiköissä usean erikoisalan leikkauksia. Havainnointirunko tehtiin etukäteen ja sovittiin, mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota havainnoiteja tehdessä. Havainnoinnit kestivät koko leikkauksen ajan anestesian aloituksesta leikkaushaavan sulkuun asti. Havainnoiteja tehtiin kahtena päivänä jokaista erikoisalaa kohden ja havainnoituja leikkauksia oli yhteensä 27. Havainnoidut leikkaukset jakautuivat erikoisalakohdaisesti seuraavasti: ortopedialla viisi (5), sydän- ja rintaelinkirurgialla kaksi (2), pediatrialla seitsemän (7), gastroenterologialla viisi (5), korva-, nenä- ja kurkkutaudeilla neljä (4) ja plastiikkakirurgialla neljä (4) havainnointia. Leikkauksien kestot vaihtelivat erikoisala- ja toimenpidekohtaisesti. Tästä syystä myös havainnointien määrät vaihtelivat eri havainnointipäivinä. Esimerkiksi gastroenterologian salissa oli jopa kolme lyhyempää leikkausta päivän aikana, kun taas sydän- ja rintaelinkirurgian salissa oli vain yksi pitkä leikkaus päivän aikana.

4.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysillä tarkoitetaan tiedon järjestämistä systemaattisesti sellaiseen muotoon, että tutkittava ilmiö ja sen rakenne hahmottuvat. Analyysillä pyritään luomaan selkeyttä saatuun aineistoon ja jäsentämällä aineistoa tuottamaan tietoa tutkimuksen kohteesta. Analyysi voi olla esimerkiksi aineiston koodausta, indeksointia, luokittelua, lajittelua tai muuta muokkaamista. Aineiston koodauksen jälkeen siirrytään teemoitteluun eli laadullisen aineiston pilkkomiseen ja ryhmittelyyn erilaisten aihealueiden mukaan. Sisällön analyysillä aineisto pyritään kuvaamaan tiiviissä ja yleisessä muodossa. Sen vaiheisiin kuuluvat aineiston pelkistäminen (reduointi), samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien etsiminen (klusterointi) ja oleellisen tiedon erottaminen epäoleellisesta (abstrahointi). (Eskola & Suoranta 2000, 137 – 187; Kananen 2008, 88 – 98; Schreier 2012, 1 – 10, 80 – 106.) Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen on esitetty kuvassa 4.

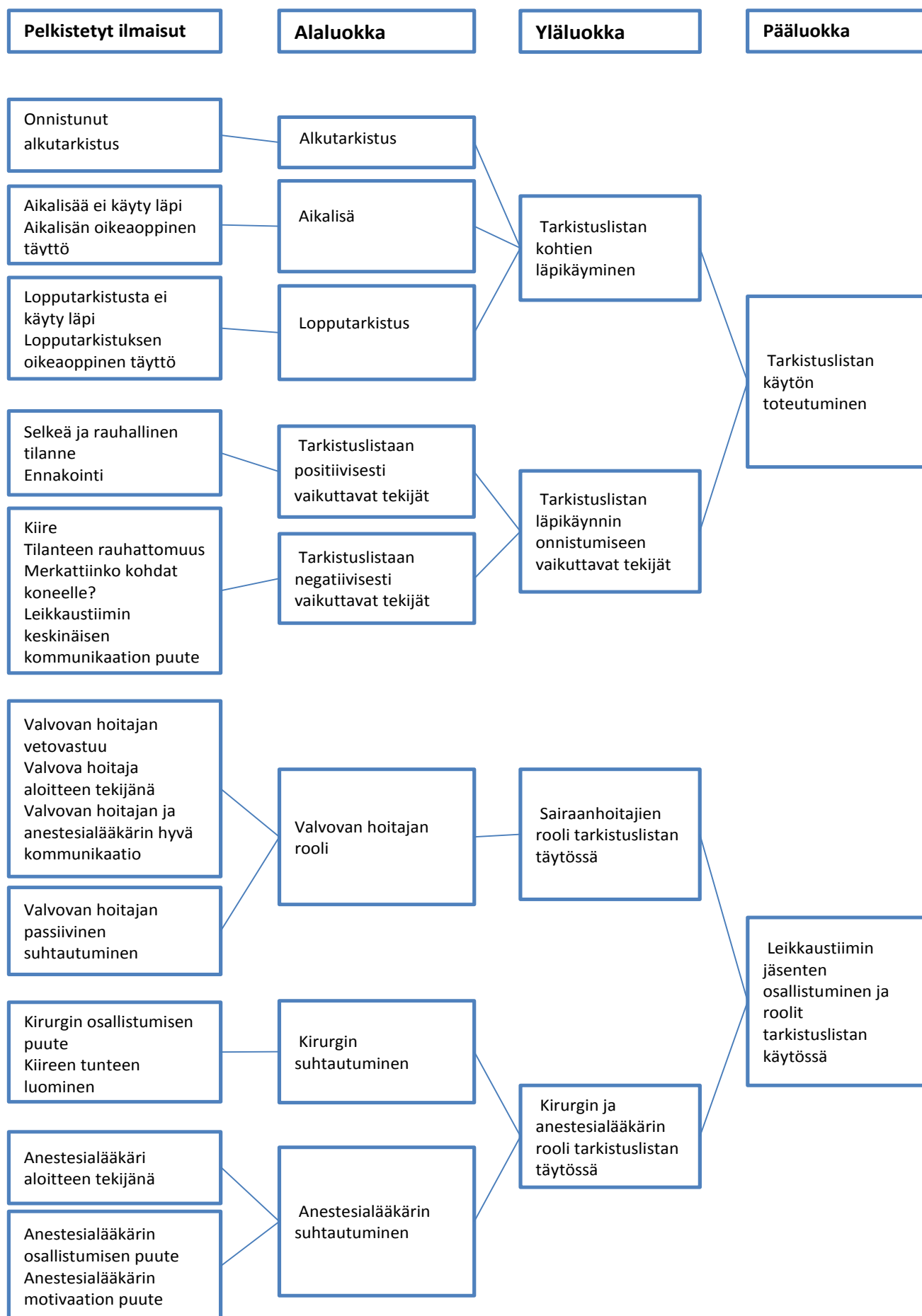


Kuva 4. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (mukaillen Tuomi ja Sarajärvi 2009, 109)

Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään havainnoimalla, miten tarkistuslistan käyttö toteutui leikkausyksiköissä sekä mitkä tekijät sen toteutumiseen vaikuttivat. Havainnointien tukena käytettiin havainnointilomaketta (LIITE 3). Aineiston muokkaaminen aloitettiin tehtyjen havainnointikertojen jälkeen aukikirjoittamalla havainnointilomakkeen tiedot muistiinpanoiksi, jotka analysoitiin sisällönanalyysilla. Sisällönanalyysin etuna on se, että se auttaa tutkijan valitsemaan ja löytämään tutkimusmateriaalista oleelliset näkökulmat ja keskittymään niihin. Sisällönanalyysi voi olla joko teorialähtöistä, aineistolähtöistä tai teoriaohjautuvaa. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä aiempi tieto ohjaa sisällönanalyysissä luokittelun tekemistä ja aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä kategoriat/luokat nousevat tutkimusmateriaalista. Teoriaohjautuva sisällönanalyysi on yhdistelmä teoria- ja aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95 – 100; Shreier 2012.) Aineistolähtöinen näkökulma sisällönanalyysiin tuntui sopivimmalta tässä tutkimuksessa, sillä aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä tarkoituksena on edetä siten, että teoreettiset käsitteet muodostetaan kerätystä aineistosta ilman aiempia ennakkoluuloja ja käsityksiä asiasta (Kananen 2008, 90).

Tässä tutkimuksessa jokainen tutkija perehtyi auki kirjoitettuun aineistoon erikseen ja aloitti itsenäisesti aineiston analysoimisen koodaamalla saadut muistiinpanot värikoodeilla etsien ja alleviivaten aineistosta samankaltaisuuksia ja yhteen kuuluvia asiakokonaisuuksia eli segmenttejä. Segmenttien sisältämät tekstikokonaisuudet tutkijat listasivat yhdessä ja muokkasivat pelkistetyiksi ilmauksiksi. Pelkistettyjä ilmauksia yhdisteltiin ja niistä etsittiin samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia, joista muodostettiin alaluokkia. Alaluokat yhdistettiin yläluokiksi, joista muodostui edelleen kaksi pääluokkaa: tarkistuslistan käytön toteutuminen sekä henkilökunnan osallistuminen ja roolit tarkistuslistan täy-

tössä. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen ja luokkien muodostuminen on koottu kuvioon 1.



Kuvio 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen ja luokkien muodostuminen

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Tarkistuslistan täytön toteutuminen

Tarkistuslistan täytön toteutumisen havaittiin vaihtelevan paljon. Leikkausyksiköiden 4301 ja 4302 välillä ei havainnointien perusteella suuria eroavaisuuksia eikä niitä ilmennyt erikoisalakohteisesti-kaan. Sen sijaan eroja ilmeni runsaasti alkutarkistuksen, aikalisän sekä lopputarkistuksen täytössä. Havainnoinneissa ilmeni myös paljon tekijöitä, jotka vaikuttivat tarkistuslistan käyttöön positiivisesti käytön onnistumista parantaen tai negatiivisesti sitä huonontaen. Tällaisia tekijöitä olivat muun muassa leikkaustiimin jäsenten välinen kommunikaatio ja se, kuinka rauhallinen tilanne oli listan läpikäymisen aikana.

5.1.1 Tarkistuslistan kohtien läpikäyminen

Alkutarkistus, eli ennen anestesiaa suoritettava tarkistus, toteutettiin havainnointien perusteella pääsääntöisesti joko täysin tai lähes ohjeiden mukaan. Vain yhdessä leikkauksessa 27:stä alkutarkistus oli selkeästi puutteellinen; vain kolme kohtaa kahdeksasta tarkistettiin. Muissa 26 leikkauksessa tarkistettiin joko kaikki kohdat tai tarkistamatta jäi yksi kohta, useimmiten verenvuotoriski. Kun alkutarkistus suoritettiin oikein, valvova hoitaja tarkisti listan kohta kohdalta ääneen ja anestesiahoitaja ja -lääkäri antoivat kuittaukset.

Aikalisässä eli ennen viiltoa tehtävässä tarkistuksessa oli havainnointien perusteella huomattavasti enemmän vaihtelevuutta verrattuna alkutarkistukseen; aikalisää joko ei käyty lainkaan läpi tai sen käyttö oli oikeaoppista. Leikkauksista kahdessatoista aikalisä käytiin läpi joko hyvin vajavaisesti siten, että täyttämättä jäivät lähes kaikki kohdat, tai aikalisää ei tarkistettu ollenkaan. Viidessätoista leikkauksessa aikalisä sen sijaan tarkistettiin ohjeiden mukaisesti joko kokonaan tai yhtä kohtaa lukuun ottamatta. Osassa leikkauksista havaittiin, että tarkistuslista täytettiin aikalisän osalta ainoastaan tietokoneelle ilman, että kohtia tarkistettiin ääneen. Kaikista leikkauksista, joissa aikalisää ei tarkistettu ääneen, ei käynyt ilmi, kuitattiinko kohtia koneellekaan. Aikalisässä valvova hoitaja tarkisti kohdat ääneen muun leikkaustiimin kuitatessa tarkistukset niissä leikkauksissa, joissa tarkistuslista käytiin läpi.

Lopputarkistus, joka tehdään ennen salista poistumista, sujui myös havainnointien mukaan vaihtelevasti. Se käytiin läpi joko onnistuneesti niin, että kaikki kohdat tarkistettiin ääneen, vajavaisesti vain yhden tai kahden kohdan osalta tai sitä ei käyty läpi lainkaan. Viidessätoista leikkauksessa lopputarkistusta ei tehty lainkaan tai se tehtiin vain osittain. Leikkauksista kahdessatoista sen sijaan lopputarkistus tehtiin ohjeiden mukaisesti. Lopputarkistuksessa osa tarkistuslistasta täytettiin vain tietokoneelle kohtia ääneen mainitsematta. Lopputarkistuksessa valvova hoitaja tarkisti kohdat ääneen muiden leikkaustiimin jäsenten kuitatessa ne niissä leikkauksissa, joissa tarkistuslista käytiin läpi.

5.1.2 Tarkistuslistan täytön onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä

Havainnoinneissa nousi esille, että tarkistuslistan käytön onnistumiseen vaikuttivat useat tekijät joko positiivisesti tai negatiivisesti. Suurin osa tarkistuslistan käytön onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä oli sellaisia, joihin leikkaustiimi pystyi itse vaikuttamaan omalla toiminnallaan ja asenteillaan.

Havainnoinneissa ilmi käyneitä positiivisia asioita, jotka edistivät tarkistuslistan onnistunutta käyttöä, olivat tilanteen selkeys ja rauhallisuus, listan läpikäynnin ennakointi sekä ammattiryhmien välinen hyvä kommunikaatio. Tarkistuslistan käytön onnistumista edesauttoi havainnointien perusteella se, että varattiin selkeä ja rauhallinen tilanne sen huolelliselle ja kiireettömälle käytölle, jolloin leikkaussalissa ei tapahtunut tarkistuslistan läpikäymistä häiritseviä toimintoja. Hyväksi käytännöksi tarkistuslistan käytön kannalta nousi esille myös ennakointi. Listan käyttöä enakoitiin muun muassa avaamalla tarkistuslista tietokoneelle valmiiksi esille ja ottamalla listan käyttäminen hyvissä ajoin puheeksi. Havainnoissa huomattiin, että ennakointi johti useimmiten ohjeenmukaiseen tarkistuslistan käyttämiseen. Hyvän kommunikoinnin esimerkiksi valvovan hoitajan ja anestesia lääkäriin välillä havaittiin johtavan sujuvampaan tarkistuslistan käyttöön.

Tarkistuslistan käytön onnistumiseen negatiivisesti vaikuttaviksi tekijöiksi havaittiin kiire, tilanteen rauhattomuus ja leikkaustiimin keskinäisen kommunikaation puutteellisuus. Kiire vaikutti erityisesti aikaisän läpikäymiseen, koska kirurgi usein kiirehti leikkauksen aloittamista. Kiireen tuntu johti monessa leikkauksessa listan hätköityyn läpikäymiseen tai sen huomiotta jättämiseen ja loi leikkaussaliin osaltaan rauhattoman tunnelman. Leikkaussalin rauhattomuutta lisäsi myös ulkopuoliset häiriötekijät, kuten puhelimen soiminen kesken listan tarkistuksen. Rauhattomuutta lisäsi myös ylimääräinen häly leikkaussalissa. Leikkaustiimin kommunikaation puute havaittiin myös tarkistuslistan käyttöön negatiivisesti vaikuttavaksi tekijäksi. Kommunikaation puute näkyi esimerkiksi siten, ettei tarkistaja saanut muulta tiimiltä kuittauksia.

5.2 Leikkaustiimin osallistuminen ja roolit tarkistuslistan täytössä

Leikkaustiimin jäsenten osallistuminen ja roolit tarkistuslistan käytössä poikkesivat eri ammattiryhmien välillä. Valvovalla hoitajalla oli aktiivinen rooli tarkistuslistan käyttämisessä, kun taas kirurgin osallistuminen oli passiivista. Myös ammattiryhmien sisällä suhtautuminen ja motivaatio tarkistuslistaan oli vaihtelevaa.

5.2.1 Sairaanhoidajien osallistuminen ja rooli tarkistuslistan täytössä

Sairaanhoidajien osallistumisesta tarkistuslistan käyttöön päällimmäisenä kävi ilmi valvovan hoitajan vetovastuu. Havainnointien perusteella valvova hoitaja oli lähes poikkeuksetta se, joka johti tarkistuslistan käytön etenemistä ja useimmiten teki aloitteen sen läpikäymiseksi. Lähes kaikissa havainnointitilanteissa valvova hoitaja avasi tarkistuslistan valmiiksi tietokoneelle, teki aloitteen sen läpikäymiseen ja tarkisti kohdat ääneen tietokoneelta muun leikkaustiimin vahvistaessa kohdat. Tämän jälkeen valvova hoitaja kuittasi kohdat läpikäydyiksi tietokoneelle. Havainnoinneista kävi myös ilmi

valvovan hoitajan ja anestesia­lääkärin hyvä kommunikaatio, joka edisti tarkistuslistan täytön sujuvaa etenemistä.

Havainnoinneissa ilmeni myös jonkin verran valvovan hoitajan passiivista suhtautumista tarkistuslistaan, vaikka suhtautuminen pääosin olikin aktiivista ja vetovastuullista. Passiivinen suhtautuminen näkyi tarkistuslistan kohtien luettelemisena vajavaisesti tai ulkomuistista tai sen sivuuttamisena kokonaan.

Anestesiahoitajan rooli tarkistuslistan käytössä oli useimmiten tarkistusten kuittaminen ääneen yhdessä anestesia­lääkärin ja kirurgin kanssa. Yleensä anestesiahoitaja ja -lääkäri toimivat yhteistyössä. Muutoin anestesiahoitaja ei osallistunut tarkistuslistan käyttöön, eli ei esimerkiksi toiminut listan tarkistajana.

5.2.2 Kirurgien ja anestesia­lääkäreiden osallistuminen ja rooli tarkistuslistan täytössä

Kirurgien ja anestesia­lääkäreiden osallistuminen tarkistuslistan käyttöön oli vaihtelevaa. Anestesia­lääkäreillä havaittiin kahdenlaista suhtautumista: aktiivista ja aloitteellista sekä passiivista tai jopa olematonta. Havainnointien mukaan 11 leikkauksessa anestesia­lääkäri teki aloitteen tarkistuslistan läpikäymiseen, erityisesti alkutarkistuksessa, kun taas vain viidessä leikkauksessa 27:stä anestesia­lääkäri ei osallistunut tarkistuslistan käyttöön millään tavalla. Useimmiten anestesia­lääkäri osallistui tarkistuslistan käyttöön yhteistyössä valvovan hoitajan kanssa toimimalla tarkistusten kuittajana muun leikkaustiimin ohella.

Kirurgien osallistuminen tarkistuslistan käyttöön oli yhtä leikkausta lukuun ottamatta passiivista. Kirurgi ei osallistunut tarkistuslistan käyttöön muuten kuin kuittaamalla osan tarkistuslistan kohdista silloin, kun tarkistuslistan kohtien kysyminen kohdistettiin suoraan kirurgille. Aloitteen tarkistuslistan läpikäymiseen kirurgi teki vain yhdessä leikkauksessa 27:stä aikalisän aikana. Havainnointien perusteella kirurgin passiiviseen osallistumiseen vaikutti pääasiassa kiire aloittaa leikkaus ja leikkauksen loputtua kiire poistua salista.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tarkistuslistan käyttöä tarkastellessa huomattiin, että tarkistuslistan kolmen päävaiheen (alkutarkistus, aikalisä ja lopputarkistus) käytössä oli eroja. Alkutarkistus tehtiin lähes aina ohjeiden mukaisesti, kun taas aikalisä ja lopputarkistus tarkistettiin usein puutteellisesti. WHO:n ohjeen (2009) mukaan jokainen tarkistuslistan vaihe tulee tarkistaa suullisesti jotta varmistutaan jokaisen vaiheen käymisestä (WHO 2009). Havainnointien perusteella näin ei kuitenkaan aina toimittu. Kuten tuloksista voidaan todeta, leikkaustiimi pystyy toiminnallaan ja asenteillaan vaikuttamaan tarkistuslistan käytön onnistumiseen. Alkutarkistuksessa oli useita tarkistuslistan läpikäymistä edesauttavia tekijöitä, kuten selkeä ja rauhallinen tilanne, hyvä kommunikaatio anestesialääkärin ja sairaanhoitajien välillä sekä listan läpikäymisen ennakointi. Näitä myönteisesti vaikuttavia tekijöitä havaittiin myös aikalisän ja lopputarkistuksen aikana, silloin, kun tarkistuslistan käyttö oli ohjeiden mukaista. Kuitenkin kiire aloittaa leikkaus, kommunikaation puute ja leikkaustiimin passiiviset asenteet johtivat siihen, että aikalisä ja lopputarkistus tehtiin usein puutteellisesti.

Tuloksista kävi ilmi, että tarkistuslistan käyttö onnistui vaihtelevasti. Havainnointien perusteella leikkaustiimien jäsenten asenteet olivat suuressa roolissa tarkistuslistan käytön onnistumisen kannalta. Asenteet vaihtelivat paljon ammattiryhmien välillä, mutta myös ammattiryhmien sisällä oli asenneeroja. Havainnoista ilmeni, että tarkistuslistan käyttö oli pääsääntöisesti valvovien hoitajien vastuulla. Voidaankin todeta, että leikkaussali on ympäristönä monimutkainen ja nopeatempoinen, minkä vuoksi on tärkeää, että yksi henkilö on vastuussa tarkistuslistan käytöstä. Tällöin voidaan varmistua siitä, että mikään tarkistuslistan vaiheista ei jää kiireessä huomiotta. (WHO 2009.)

Havainnointien perusteella huomattiin, että kirurgien osallistuminen tarkistuslistan käyttöön oli pääosin passiivista. Anestesialääkäreillä havaittiin sekä aktiivista että passiivista suhtautumista tarkistuslistan käyttöön. Anestesiahoitajat toimivat yleensä kuittaajina yhteistyössä anestesialääkärin kanssa. Hyvät yhteistyötaidot ja tiimityöskentely ovat tärkeässä roolissa intraoperatiivisessa hoidossa osana leikkauspotilaan turvallista hoitoa (Tengvall 2010, 12 – 13). Mustajoen, Kinnusen ja Aaltosen (2014) mukaan virheet leikkaustoiminnassa eivät yleensä liity tekniseen osaamiseen vaan puutteisiin kommunikaatiossa, yhteistyössä, päätöksenteossa ja johtamisessa. Tarkistuslistaa tarvitaan, jotta leikkaustiimin jäsenten työskentely olisi johdonmukaista ja hallittua, ei siksi, että leikkaustiimien ammattitaitoa pitäisi lisätä. Artikkelissa tuodaan myös esille että koko tiimin pitäisi osallistua tarkistuslistan käyttämiseen. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueellisen potilasturvallisuussuunnitelman (2014) mukaan tarkistuslistaa tulee käyttää kaikissa leikkauksissa ja sen käytön tulisi olla koko leikkaustiimin vastuulla. Kirurgi kuittaa allekirjoituksellaan, että tarkistuslistaa on käytetty.

Havainnointien perusteella muodostui käsitys, että sekä leikkausyksiköissä 4301 ja 4302 leikkaustiimin tarkistuslistan käyttö oli puutteellista. Suurimmaksi syyksi tarkistuslistan puutteelliselle käytölle havaittiin leikkaustiimien jäsenten suhtautuminen siihen. Kuten Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alu-

eellisessä potilasturvallisuussuunnitelmassa (2014) todetaan, koko tiimin pitäisi yhdessä osallistua tarkistuslistan läpikäymiseen ja varmistaa että listan kaikki kohdat on käyty läpi.

Voidaan todeta, että tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia Etulan, Korolaisen ja Liljan (2013) tekemän kyselytutkimuksen kanssa. Heidän tutkimuksensa tulosten mukaan tarkistuslistan käyttö oli puutteellista ja leikkaustiimien jäsenillä on kielteisiä asenteita tarkistuslistan käyttämiseen. Varsinkin leikkaavien lääkäreiden kielteisiä asenteita kertoi kohdanneensa 74 % vastaajista. Negatiivisia asenteita tarkistuslistaa kohtaan havaittiin myös muissa ammattiryhmissä. Etulan ym. (2013) tutkimus on tehty lähes kaksi vuotta sitten. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella tarkistuslistan käytössä ei ole kahden vuoden aikana tapahtunut suurta muutosta, vaikka tarkistuslistaa on muokattu erikois- alakohtaisemmaksi ja työntekijöitä on koulutettu tarkistuslistan käyttöön. (Ronkainen 2014-08-28.)

6.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimustyössä pyritään aina tuottamaan luotettavaa tutkimustietoa virheitä välttämällä ja eettiset kysymykset huomioiden. Tutkimusmenetelmien luotettavuutta voidaan kuvata termeillä validiteetti ja reliabiliteetti. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä oli tarkoituskin tutkia ja reliabiliteetilla kuvataan tutkimuksen toistettavuutta. Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa on tärkeää arvioida tutkimusta kokonaisuutena huomioiden tutkimuksen kohde ja tarkoitus, tutkijoiden oma sitoutuminen tutkimukseen, aineistonkeruumenetelmät ja siinä nousseet ongelmat, tutkimuksen tiedonantajat, tutkimuksen kesto sekä aineiston analyysi ja tutkimuksen eettisyyden arviointi ja raportoinnin luotettavuus. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 140 – 141.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta tukee se, että tutkimuksen aihe on leikkausyksikkö 4302:n tilaama ja tarve tutkimukselle oli suuri. Tutkimus noudattaa toimeksiantajan kanssa opinnäytetyöprosessin alussa sovittuja linjauksia eli tutkimus vastaa tarpeeseen. Tutkijat olivat koko opinnäytetyöprosessin ajan sitoutuneita ja motivoituneita tutkimuksen tekemiseen.

Tieteelliseen tutkimukseen kuuluu oleellisesti tutkimuksen objektiivisuus. Tutkimukseen ja sen objektiivisuuteen vaikuttavat monet muuttujat, kuten tutkimuksen kohde, käytetyt käsitteet ja valitut tutkimusmenetelmät sekä tutkimusasetelma. Laadullista tutkimusta pidetään subjektiivisena tutkimuksena, eikä se näin ollen ole täysin arvovapaata määrällisen tutkimuksen lailla. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen objektiivisuus syntyy subjektiivisuuden tiedostamisella, eli tiedostetaan omat arvot ja asenteet ja niiden mahdollinen vaikutus tutkimustuloksiin. Laadullisen tutkimuksen objektiivisuuteen kuuluu myös se, ettei tutkija muodosta tutkittavasta ilmiöstä ennako-oletuksia, jotka voivat vaikuttaa tuloksiin. (Kananen 2008, 121 – 122.) Tässä tutkimuksessa tutkijoilla oli aikaisempiin tutkimuksiin perustuen ennakoasenne tarkistuslistan täytön toteutumisesta; tiedettiin, ettei sen käyttö toteudu odotetulla tavalla. Tutkijat kuitenkin pyrkivät tässä tutkimuksessa havainnointeja ja tutkimustuloksia tehdessään suhtautumaan tutkimukseen objektiivisesti ilman, että ennako-oletukset olisivat ohjanneet tutkimustyötä.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä triangulaation eli niin sanotun kolmiomittauksen avulla. Triangulaatio voi olla menetelmätriangulaatiota, teoriatriangulaatiota, tutkijatriangulaatiota tai ai-

neistotriangulaatiota. Tässä tutkimuksessa on käytetty tutkijatriangulaatiota. Tutkijatriangulaatiossa tutkijoina toimii useampi kuin yksi henkilö, tässä tapauksessa kolme henkilöä, jolloin myös havainnoijia oli tutkimuksessa kolme, mikä lisää tutkimuksessa saadun tiedon luotettavuutta estämällä tutkijoiden henkilökohtaisten käsitysten vaikutusta. (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 143 – 145; Holloway ja Wheeler 2002, 15 – 17.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että havainnoinneista saadun materiaalin käsittely aloitettiin rinnakkain siten, että tutkijat käsittelivät auki kirjoitetun aineiston yhteisiä käsittelysääntöjä käyttäen, jonka jälkeen saatuja havaintoja verrattiin ja niistä koottiin analyysin luokat. Havaintoja kootessa yhteen huomattiin, että tutkijat olivat päätyneet samanlaisiin tulkintoihin.

Tässä tutkimuksessa eettiset kysymykset on otettu koko prosessin aikana huomioon ja tutkimus on suoritettu noudattaen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan hyvän tieteellisen käytännön ohjeita. Ohjeiden mukaisesti tätä tutkimusta tehdessä on kiinnitetty huomiota rehellisyyteen, huolellisuuteen, totuudenmukaisuuteen sekä kestävien ja luotettavien tiedonhankintamenetelmien käyttämiseen ja käytettyjen lähteiden asianmukaiseen merkitsemiseen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimuksen eettisyyteen kuuluu tutkimukseen osallistuvien kunnioitus, salassapitovelvollisuus, tutkittavien anonymiteetin säilyttäminen ja tutkimusmateriaalin säilyttäminen luottamuksellisesti. Nämä asiat on tärkeää ottaa erityisesti huomioon hoitotyön tutkimuksessa, kun tutkitaan ihmisiä ja heidän toimintaansa. (Johnson ja Long 2010, 27 – 35.) Tässä tutkimuksessa havainnoitiin leikkaustiimin toimintaa kokonaisuudessaan, eikä leikkaustiimin jäsenten henkilöllisyyksiä kerätty lainkaan osallistujien nimettömyyden säilyttämiseksi. Saatu aineisto säilytettiin luottamuksellisesti eikä sitä käytetty muuhun kuin tutkimuskäyttöön. Havainnointiin liittyy eettisiä ongelmia, kuten se, kuinka paljon tutkittavalle ympäristölle on mahdollista kertoa havainnoinnin tarkoista kohteista ilman, että tutkimustuloksen luotettavuus ja oikeellisuus kärsii. (Watson, Booth ja Whyte 2010, 382 – 393.) Havainnointimenetelmiä on kritisoitu siitä, että havainnoijan läsnäolo saattaa häiritä tai jopa muuttaa havainnointitilanteen kulkua ja havainnoinnin kohteiden käyttäytymistä. Tätä ongelmaa kuvataan käsitteellä reaktiivisuus, jolla tarkoitetaan tutkimustulosten vääristymistä tutkijan tai tutkimusasetelman vaikutuksesta. Tutkijan vaikutus on mahdotonta poistaa kokonaan, kun käytetään suoraa havainnointia, mutta vaikutuksen tiedostaminen ja ymmärtäminen vähentää vääristymisvaaraa. (Kananen 2014, 65 – 69, Kananen 2008, 122 – 123.) Tässä tutkimuksessa havainnoijien vaikutusta tutkimustuloksiin pyrittiin vähentämään sillä, että havainnoiteja suoritettiin useana päivänä ja havainnoinnit kestivät koko päivän, jolloin leikkaustiimi ehti tottua havainnoijien läsnäoloon.

Luotettavan tutkimusaineiston kannalta tutkittavien informointi on tärkeää sekä tutkittaville että tutkimusryhmälle (Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja 2014). Tässä tutkimuksessa päätettiin yhdessä toimeksiantajan kanssa, että tutkijat kertovat havainnointitilanteissa leikkaustiimille vain havainnoivansa potilasturvallisuutta. Tähän ratkaisuun päädyttiin sen vuoksi, ettei leikkaustiimi muuta toimintaansa sen takia, että tietäisi tutkijoiden havainnoivan nimenomaan tarkistuslistan käyttöä. Pesosen (2011) mukaan tarkistuslista on osa potilasturvallisuutta ja tämän vuoksi katsottiin riittäväksi, että kerrotaan havainnointien koskevan potilasturvallisuutta. Jo tässä vaiheessa kuitenkin tiedostettiin, että tähän toimintatapaan liittyy eettinen ongelma: onko oikein, ettei leikkaustiimeille kerrottu tarkkaa havainnoinnin kohdetta? Jos leikkaustiimi olisi tiennyt, että kyseessä on tarkistuslistan

käytön havainnoiminen, olisivat tiimin jäsenet voineet tarkoituksella muuttaa toimintaansa siten, että tutkimustulokset eivät olisi olleet totuudenmukaisia.

Tutkittaville annettava informaatio on tärkeä osa myös tutkimuksen eettisyyttä. Tutkijoiden tulee antaa tutkittaville mahdollisimman yksityiskohtainen kuvaus tutkimuksen tarkoituksesta ennen tutkimuksen aloittamista. Se, miten yksityiskohtaista tietoa tutkimuksesta annetaan tutkittaville, riippuu tutkimustavasta. Havainnointitutkimuksessa tutkittaville kerrotaan tutkimuksen aihe, mitä siihen osallistuminen tarkoittaa käytännössä ja kauanko se vie aikaa. (Johnson ja Long 2010, 27 – 35.) Tässä tutkimuksessa leikkausyksiköille 4301 ja 4302 pidettiin osastotunnin yhteydessä informaatiotilaisuus, jossa tukijat kertoivat tutkijoiden nimet, tutkimuksen aiheen eli potilasturvallisuuden, milloin tutkimus toteutetaan, kuinka tutkimus toteutetaan, kuinka monta havainnointia tehdään ja milloin tutkimustulokset esitetään.

6.3 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Kehittämisehdotuksena voidaan todeta, että leikkaustiimin jäseniä tulee motivoida entistä paremmin tarkistuslistan käyttöön esimerkiksi koulutuksilla. Toiveena on, että tutkimustulosten esittämisen jälkeen leikkausyksiköissä 4301 ja 4302 leikkaustiimin jäsenten ymmärrys tarkistuslistan täytön tämänhetkisestä tilanteesta lisääntyy ja motivaatio tarkistuslistan tarkempaan käyttöön kasvaa. Kuten Etulan ym. (2013) opinnäytetyössä kävi ilmi, myös tarkistuslistan räätälöiminen erikoisalakohtaiseksi palvelisi sen täytön tarkoitusta paremmin. Havainnoiteja tehdessä havainnoijille tuli toisinaan tunne, ettei leikkaustiimeille aina ollut täysin selvää, ketkä sen käytöstä ovat vastuussa. Siksi leikkaustiimin jäseniä on syytä kouluttaa sen käyttämiseen enemmän. Etenkin kirurgien ja anestesiaalääkäreiden motivaation lisääminen tarkistuslistan käyttöön on tärkeää, sillä tällä hetkellä käyttö on hyvin hoitajavetoista.

Jatkotutkimuksena voisi olla kartoitus siitä, miten leikkaustiimien jäseniä voitaisiin motivoida entistä enemmän tarkistuslistan käyttöön ja yhteistyöhön sen käyttämisessä. Esimerkiksi jonkinlaisen koulutusmateriaalin tai -tilaisuuden suunnittelu ja järjestäminen leikkaustiimin tarkistuslistan täytöstä ko ko leikkaustiimille – niin sairaanhoitajille, kirurgeille kuin anestesiaalääkäreillekin – olisi hyödyllinen.

6.4 Opinnäytetyöprosessi ja oma ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyöprosessissa opiskelija vastaa prosessin etenemisestä. Ohjaushenkilöstö (ohjaava opettaja) toimii opiskelijan tukena prosessin kulussa ja ohjaa opiskelijaa. Toimeksiantaja antaa edellytykset opinnäytetyön teolle. Opinnäytetyöprosessin vaiheet ovat orientoituminen, suunnittelu, toteutus, viimeistely ja julkistaminen. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011.)

Orientoitumiseen kuuluu opiskelijan osalta vaadittavien opinnäytetyötä edeltävien opintojen suorittaminen, informaatiotilaisuuksiin osallistuminen ja työelämäyhteyden ja opinnäytetyöideoiden hakeminen (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011). Opinnäytetyöprosessi alkoi syksyllä 2014, jolloin valittiin

aiheen KYS:n tarjoamista vaihtoehtoista. Tässä vaiheessa oli jo päätetty, että opinnäytetyö halutaan tehdä nimenomaan perioperatiiviseen hoitotyöhön liittyen.

Suunnitteluvaiheessa opiskelija esittelee opinnäytetyön idean ja sen yhteyden työelämään sekä laatii aihekuvauksen ja tutkimussuunnitelman, osallistuu aloitusneuvotteluihin ja seminaareihin sekä oponoi. Lisäksi suunnitteluvaiheessa opiskelija laatii tarvittavat lupa-anomukset. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011.) Aihekuvaus valmistui joulukuussa 2013 ja keväällä 2014 alkoi tutkimussuunnitelman laatiminen. Tutkimussuunnitelma valmistui toukokuussa. Tutkimussuunnitelman valmistusvaiheessa käytiin aloitusneuvottelun ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan kanssa. Lisäksi opinnäytetyöprosessiin kuului opinnäytetyöseminaareihin osallistuminen ja toisen opinnäytetyöryhmän tutkimussuunnitelman opponointi. Hankkeistamissopimukset allekirjoitettiin kesäkuun 2014 alussa. Tutkimuslupa (LIITE 3) myönnettiin elokuussa 2014.

Toteutusvaiheeseen kuuluu Savonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyön prosessikuvauksen (2011) mukaan laaditun työsuunnitelman toteuttaminen ja opinnäytetyöprosessista vastaaminen, ohjaustilaisuuksiin osallistuminen ja opinnäytetyöprosessin dokumentointi koko prosessin ajan. Koko prosessin ajan pidettiin säännöllisesti yhteyttä ohjaavaan opettajaan käyden aina tarvittaessa neuvotteluita tutkimuksen etenemisestä. Ennen havainnointien aloittamista leikkausyksiköissä 4301 ja 4302 työntekijöille pidettiin lyhyet infotilaisuudet tutkimuksestamme leikkausyksiköiden osastotuntien yhteydessä. Havainnoinnit leikkausyksiköissä toteutettiin syys-lokakuussa 2014. Sen jälkeen aloitettiin havainnointien purkaminen ja analysointi sekä raportin kirjoittaminen.

Viimeisinä opinnäytetyöprosessiin kuuluvat tutkimuksen viimeistely ja julkistaminen. Tässä prosessin vaiheessa opinnäytetyö luovutetaan arvioitavaksi ja opiskelija esittelee opinnäytetyön. Lisäksi opiskelija myös tässä vaiheessa osallistuu seminaareihin ja oponoi. Opiskelija suorittaa kypsyysnäytteen, viimeistelee opinnäytetyön ja käy ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan kanssa palautekeskustelun sekä tekee itsearvioinnin. Viimeisenä opiskelija luovuttaa opinnäytetyön ammattikorkeakoululle ja toimeksiantajalle. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2011.) Tutkimuksen valmistuttua tutkimustulokset esitellään leikkausyksiköissä 4301 ja 4302. Tämä tapahtuu kevään 2015 aikana.

Omaa ammatillista kasvuamme tutkimuksen teon aikana voidaan arvioida sairaanhoitajan osaamisvaatimusten mukaisesti. Osaamisvaatimukset on määritelty sairaanhoitajan opetussuunnitelmassa ja ne on jaettu ammatillisiin kompetensseihin: terveyden edistämisen osaaminen, hoitotyön päätöksenteon osaaminen, kliininen osaaminen, moniammatillinen yhteistyöosaaminen sekä ohjaus- ja opetusosaaminen. (Savonia-ammattikorkeakoulu 2014.)

Opinnäytetyöprosessi opetti valtavasti uutta tutkimuksen tekemisestä. Tutkimus oli meille kaikille ensimmäinen, joten kyse oli aivan uudeltaisesta kokemuksesta ja uuden oppimisesta. Opinnäytetyöprosessin vaiheet tulivat hyvin tutuiksi ja tutkimuksen tekeminen opetti, että tutkimustyö on monivaiheista, haastavaa ja tarkkaa ja että tutkimusta tehdessä on huomioitava useita asioita, kuten eettisyys ja luotettavuus sekä lupakäytännöt.

Opinnäytetyöprosessi vaati yhteistyöosaamista kaikkien prosessissa mukana olevien kesken. Tässä tutkimuksessa mukana olimme me opiskelijat, ohjaava opettaja ja toimeksiantaja. Yhteistyö niin ohjaavan opettajan kuin toimeksiantajankin kanssa onnistui hyvin. Koska meitä oli kolme tekemässä tutkimusta, yhteistyötaidot välillämme kehittyivät paljon, kun tutkimusta tehtiin välillä tiiminä ja välillä kukin omalla tahollaan, jolloin työn työtä täytyi jakaa. Keskinäinen yhteistyömme sujui koko prosessin ajan hyvin.

Tutkimuksen teon myötä opimme ymmärtämään tarkistuslistan käytön tärkeyden potilasturvallisuuden kannalta ja kiinnittämään sen käyttöön erityistä huomiota omassa työskentelyssään tulevaisuudessa. Saimme paljon uutta ja ajankohtaista tietoa leikkaustiimin tarkistuslistasta, koska perehdyimme tarkasti teorian tietoon ja aikaisempiin tutkimuksiin aiheesta ja voimme näin ollen hyödyntää saamiamme tietoja työelämässä.

LÄHTEET JA TUOTETUT AINEISTOT

ASIKAINEN, Senni ja PIIPPO, Sannamari 2013. Tarkistuslistan käyttö intraoperatiivisessa hoitotyössä – hoitohenkilökunnan kokemuksia Iisalmen sairaalan leikkausyksikössä. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [Viitattu 27-02-2015.] Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/73941/Asikainen_Senni%20ja%20Piippo_Sannamari.pdf?sequence=1

BAUCHMULLER, K, FAULDS, M, ROSSER, J, MILLER, D, MILLS, G. H., ja WRENCH, 2013. Abstracts of The Winter Anaesthetic Research Society Meeting (ARS): Communication within operating theatres: a multicentre service evaluation. British Journal of Anaesthesia [digilehti] 181 – 199, 112 - 1. [Viitattu 2014-04-01.] Saatavissa: <http://bjaoxfordjournals.org/content/112/1/181P.extract?sid=ed88ee2d-8f41-4924b14a-cc8e034853c0>

ESKOLA, Jari ja SUORANTA, Juha 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 8. painos. Tampere: Vastapaino.

ETULA, Jani, KOROLAINEN, Jari ja LILJA, Juho 2013. Leikkausyksikössä käytettävän tarkistuslistan toimivuus. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2014-01-31.] Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/56275/Etula_Jani.pdf?sequence=1

HAUGEN, Arvid Steinar, MURUGESH, Shamini, HAAVERSTAD, Rune, EIDE, Geir Egil ja SOFTELAND, Eirik 2013. A survey of surgical team members' perceptions of near misses and attitudes towards Time Out protocols. BioMed Central Surgery [verkojulkaisu]. [Viitattu 2014-11-26.] Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1471-2482/13/46>

HAUGEN, S., SOFTELAND, E., EIDE, G. E., SEVDALIS, N., VINCENT, C. A., NORTVEDT, M. W., HARTHUG, S. 2012. Impact of The World Health Organization's Surgical Safety Checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study. British Journal of Anaesthesia [digilehti] 807 – 815, 110 - 5. [Viitattu 2014-04-01.] Saatavissa: <http://bjaoxfordjournals.org/content/110/5/807>

HAYNES, Alex, WEISER, Thomas, BERRY, William, LIPSITZ, Stuart, BREIZAT, Abdel-Hadi, DELLIGER, Patchen, HERBOSA, Teodoro, JOSEPH, Sudhir, KIBATALA, Pascience, LAPITAN, Marie Carmela, MERRY, Alan, MOORTHY, Krishna, REZNICK, Richard, TAYLOR, Bryce, GAWANDE, Atul 2009. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. The New England Journal of Medicine [digilehti] 491 – 499, 306 - 5. [Viitattu 2015-02-28.] Saatavissa: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0810119>

HELOVUO, Arto, KINNUNEN, Marina, PELTOMAA, Karolina ja PENNANEN, Pirjo 2011. Potilasturvallisuus. Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti. Helsinki. Edita Prima Oy.

HENTUNEN, Karita ja LIEDES, Tanja 2014. Kokemuksia leikkaustiimin tarkistuslistan käytöstä. Savonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö [Viitattu 26-02-2015.] Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/75528/Liedes_Tanja.pdf..pdf?sequence=1

HIRSJÄRVI, Sirkka, REMES, Pirkko ja SAJAVAARA, Paula 2008. Tutki ja Kirjoita. 13. – 14. painos. Helsinki: Tammi.

HOLLOWAY, Immy ja WHEELER, Stephanie 2002. Qualitative Research in Nursing. 2. painos. Blackwell Science Ltd.

IKONEN, Tuija ja PAUNIAHO, Satu-Liisa 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista. Finnanest 108 – 111, 43 - 2.

JOHNSON, Martin ja LONG, Tony 2010. Research Ethics. Julkaisussa: GERRISH, Kate ja LACEY, Anne (toim.) The Research Process in Nursing. Blackwell Publishing Ltd.

KYS 2015. Leikkaustiimin tarkistuslista [digikuva]. Sijainti: KYS: Orbit -tietojärjestelmä.

KYS 2011. Anestesia- ja leikkaustoiminta. Kliiniset tukipalvelut. [Viitattu 2014-01-31] Saatavissa: <http://www.psshp.fi/index.asp?link=5703.5&language=1>

KANANEN, Jorma 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä – miten kirjoitan kvalitatiivisen opinnäytetyön vaihe vaiheelta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

KANANEN, Jorma 2008. Kvali – kvalitatiivisen tutkimuksen käytänteet ja periaatteet. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

LUKKARI, Liisa, KINNUNEN, Timo ja KORTE, Ritva 2013. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: Sano-ma Pro.

MUSTAJOKI, Pertti, KINNUNEN, Marina, AALTONEN, Leena-Maija 2014. Leikkaussalissa tapahtuu. Suomen Lääkärilehti [digilehti] 1335 – 1336, 69 - 18. [Viitattu 2014-11-26.] Saatavissa: <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000041236>

PAHIKKALA, Essi ja NIEMELÄ, Ella 2013. Leikkaussalin tarkistuslistan hyödyt ja käyttöönotto: Kirjallisuuskatsaus. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2013-11-27.] Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/66178/Niemela_Ella%20ja%20Pahikkala_Essi.pdf?sequence=1

PELTOMAA, Karolina ja VÄISÄNEN, Olli 2013. Leikkaustiimin tarkistuslista. Julkaisussa: ILOLA, Tiina, HEIKKINEN, Katja, HOIKKA, Arja, HONKANEN, Riitta ja KATOMAA, Johanna (toim.) Anestesiahoitotyön käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 226 – 227.

PESONEN, Eero 2011. Tarkistuslistan vaikutus potilasturvallisuuteen. Finnanest [digilehti] 18 – 20, 44 - 1. [Viitattu 2013-11-14.] Saatavissa: http://www.finnanest.fi/files/pesonen_tarkistus.pdf

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2014. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueellinen potilasturvallisuus-suunnitelma [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-16-12.] Saatavissa: <https://www.psshp.fi/documents/11427/51332/AlueellinenPTS102014.pdf/59085610-0563-4328-98e8-4281f425dd12>

Potilasvakuutuskeskus 2012. Terveysturvallisuus. Tiedotteet terveydenhuollolle. Potilasvakuutuskeskus edellyttää leikkaustiimin tarkistuslistan käyttöä [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-04-01.] Saatavissa: <http://www.pvk.fi/fi/>

Potilasvakuutuskeskus 2013. Terveysturvallisuus. Vakuuttaminen. Vakuuttamisvelvollisuus [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-03-12.] Saatavissa: <http://www.pvk.fi/fi/>

Potilasvakuutuskeskus 2014. Tilastot [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2015-02-26.] Saatavissa: <http://www.pvk.fi/fi/Tilastot/>

POTILASVAHINKOLAKI. L1986/585. Finlex. Lainsäädäntö. [Viitattu 2014-03-13.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860585>

RESHAMWALLA, S., WALKER, I. A. ja WILSON, I. H. 2012. Surgical safety checklists: do they improve outcomes? British Journal of Anesthesiology [digilehti] 47 – 54, 109 - 1. [Viitattu 2014-04-01.] Saatavissa: <http://bjaoxfordjournals.org/content/109/1/47.full?sid=e8b3ea12-5bd7-476d-9038-4b2766952a61>

RONKAINEN, Seija 2014-08-28. Osastonhoitaja. [Keskustelu.] Kuopio: Kuopion yliopistollinen sairaala.

RUSS, S., ROUT, S., SEVDALIS, N., MOORTHY, K., DARZI, A. ja VINCENT, C. 2013. Do safety checklists improve teamwork and communication in the operating room? A systematic review. Annals of Surgery [digilehti] 856 – 871, 258 - 6. [Viitattu 2014-11-26.] Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24169160>

RÖNKKÖ, Varpu ja HEIKKINEN, Anne 2013. Poikkeamat päivänvaloon. Henkreikä [digilehti] 41, 2013 - 1.[Viitattu 2014-11-26.] Saatavissa: https://www.psshp.fi/documents/11427/40194/1_2013.pdf/1955e494-af52-4e08-a961-42517f6e95f6

Savonia-ammattikorkeakoulu 2011. Opinnäytetyön prosessikuvaus [verkkajulkaisu]. [Viitattu 2014-12-16.] Saatavissa: <http://portal.savonia.fi/amk/>

Savonia-ammattikorkeakoulu 2014. Opetussuunnitelma kevät 2014 [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-12-15.] Saatavissa:

http://webd.savonia.fi/nettiops/sairaanhoitaja_kompetenssit_TH11S_THA11S.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Potilasvakuutus potilasvahinkojen varalta [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-03-13.] Saatavissa:

http://www.stm.fi/vakuutusasiat/lakisaaiteinen_vakuutus/potilasvakuutus

SCHREIER, Margrit 2012. Qualitative Content Analysis in Practice. London: SAGE Publications Ltd.

TAKALA, R., PAUNIAHO, S-L., KOTKANSALO, A., HELMIÖ, P., BLOMGREN, K., HELMINEN, M., KINNUNEN, M., TAKALA, A., AALTONEN, R., KATILA, A., PELTOMAA, K. ja IKONEN, T. 2011. A pilot study of the implementation of WHO Surgical Checklist in Finland: improvements in activities and communication. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 1206 – 1214, 55 - 10.

TENGVAL, Erja 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Kyselytutkimus leikkauk- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille ja kirurgeille. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. [Viitattu 2015-03-22.] Saatavissa:

http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0226-9/urn_isbn_978-952-61-0226-9.pdf

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2010. Leikkaustiimin tarkistuslista – kohdat luetaan ääneen [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-12-14.] Saatavissa:

<http://www.thl.fi/documents/584227/1449683/Leikkaustiimin+tarkistuslista+%28pdf+71kt%29.pdf/5d0803dc-7a4b-4ebf-9477-47b110fdb1c6>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Leikkaustiimin tarkistuslista [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-12-14] Saatavissa: <http://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/tutkimus-ja-kehittaminen/tyokalut/vaaratapahtuman-tunnistaminen/leikkaustiimin-tarkistuslista>

TUOMI, Jouni ja SARAJARVI, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. painos. Helsinki: Tammi.

Tutkimusaineistojen tiedonhallinnan käsikirja 2014. Tutkittavien informointi [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-12-16.] Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/tiedonhallinta/osa3.html>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2015-03-15.] Saatavissa:

http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

VILKKA, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. 2. painos. Helsinki: Tammi.

VIRKAJARVI, Jenni 2011. Leikkaussalin tarkistuslista Sydänkeskukselle. Tampereen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 2013-11-27.] Saatavissa:

http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/36375/Virkajarvi_Jenni.pdf?sequence=1

WATSON, Hazel, BOOTH, Jo ja WHYTE, Rosemary 2010. Observation. Julkaisussa: GERRISH, Kate ja LACEY, Anne (toim.) The Research Process in Nursing. Blackwell Publishing Ltd.

WHO 2009. WHO Guidelines for Safe Surgery 2009. Safe Surgery Saves Lives [verkkojulkaisu]. [Viitattu 2014-12-16.] Saatavissa:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf?ua=1

LIITE 1 HAVAINNOINTILOMAKE

1. Ennen anestesian aloitusta > Alkutarkistus

- ☐ Henkilö ja toimenpide varmistettu
 - Anestesiologi varmistaa ääneen, että potilaan nimi ja henkilötunnus on tarkastettu, toimenpide vahvistettu ja potilaalta/omaiselta saatu suostumus toimenpiteeseen
- ☐ Leikkausalue / -puoli varmistettu
 - Ei tarvetta?
 - Valvova hoitaja ilmoittaa leikkausalueen ja onko merkitty
- ☐ Anestesiavalmius vahvistettu
 - Anestesiologi vahvistaa "tarkistettu", mikäli seuraavat asiat on huomioitu / suoritettu:
 - ASA -luokka
 - Perussairaudet ja peruslääkkeet
 - Leikkausta edeltävä lääkitys
 - Tromboosi- ja antibioottiprofylaksia
 - Vuotovaaraa aiheuttavat lääkkeet
 - Proteesit ja implantit
 - Laboratoriovastaukset huomioitu
 - Anestesiavälineistö tarkistettu
- ☐ Pulssioksimetri asennettu ja toimii
 - Anestesiahoitaja vahvistaa lukemalla happisaturaation
- ☐ Allergiat tiedossa
 - Anestesiologi sanoo potilaan allergiat tai että niitä ei ole
- ☐ Vaikea hengitystie / aspiraation vaara
 - Ei ole?
 - On ja välineet saatavilla
 - Anestesiologi vahvistaa että vaikea ilmatie tai aspiraatiovaara on huomioitu ja tarvittavat välineet saatavilla
- ☐ Verenvuotoriski yli 500 ml (lapsilla 7ml/kg)
 - Ei ole?
 - Yli 500 ml, huomioitu?
 - Anestesiologi vahvistaa suoniyhteyden riittävyyden ja että vuodon korvaus on suunniteltu, mikäli korkea vuotoriski
- ☐ Henkilö ja toimenpide varmistettu

HUOMIOITA ALKUTARKASTUKSESTA:

Luenttiinko kohta ääneen? Kyllä/ei

Kuka tarkisti? _____

Kuka kuittasi? _____

Muita huomioita:

2. Ennen viiltoa > Aikalisä

- ☐ Nimet ja tehtävät tiedossa
 - Jokainen varmistaa ääneen että kaikki leikkaussalissa tuntevat toisensa tai ovat esittäytyneet toisilleen (nimi ja tehtävä)
- ☐ Potilas, leikkauskohde ja toimenpide
 - Leikkaava lääkäri vahvistaa suullisesti potilaan, leikkauskohteen ja toimenpiteen
- ☐ Kriittiset tekijät huomioitu ja kerrottu
 - Leikkaava lääkäri, anestesiologi ja hoitajat vahvistavat, että leikkauksen kriittiset asiat on huomioitu ja käyty läpi muun leikkaustiimin kanssa
 - Leikkaava lääkäri: Leikkauksen kriittiset vaiheet, rutiinista poikkeavat suunnitelmat, leikkauksen oletettu kesto, arvioitu verenvuoto
 - Anestesiologi /anestesiahoitaja: Erityiset potilaskohtaiset huolenaiheet
 - Leikkaushoitajat: Steriliteetti varmistettu. Välineistö, instrumentit ja lääkeaineet saatavilla. Diatermialevyn paikka huomioitu.
- ☐ Antibioottiprofylaksia
 - Annettu 60 min sisällä
 - Ei tarvita?
 - Anestesiahoitaja mainitsee kellonajan, milloin ab-profylaksia on annettu, tai että sitä ei tarvita
- ☐ Radiologiset kuvat
 - Esillä?
 - Ei tarvita?
 - Valvova hoitaja vahvistaa, että tarvittavat radiologiset kuvat ovat esillä, mikäli niitä tarvitaan

HUOMIOITA AIKALISÄSTÄ:

Luenttiinko kohta ääneen? Kyllä/ei

Kuka tarkisti? _____

Kuka kuittasi? _____

Muita huomioita:

3. Ennen leikkaussalista poistumista > Lopputarkistus

- ☐ Instrumentit laskettu ja täsmäävät
 - Leikkaushoitajat vahvistavat ääneen, että instrumenttien, taitosten ja neulojen lukumäärä on laskettu ja täsmää
- ☐ Diagnoosi, toimenpiteen nimi ja koodit kirjattu
 - Valvova hoitaja vahvistaa leikkaavalta lääkäriltä että diagnoosi, toimenpiteen nimi ja koodi on kirjattu oikein
- ☐ Näytteet merkitty
 - Valvova hoitaja varmistaa, miten näytteet on merkitty, että niissä on potilaan tiedot ja ne ovat valmiina lähetettäväksi
- ☐ Välineistöongelmat kirjattu
 - Valvova hoitaja vahvistaa, että on kirjattu mahdolliset välineistöä koskevat ongelmat, jotka on korjattava
- ☐ Jatkohoito-ohjeet annettu
 - Leikkaava lääkäri, anestesiatiimi ja leikkaushoitajat vahvistavat, että ovat käyneet läpi potilaan toimimiseen liittyvät riskit ja jatkohoitomääräykset
- ☐ Poikkeamat kirjattu
 - Valvova hoitaja vahvistaa, että mahdolliset poikkeamat hoidossa on kirjattu

HUOMIOITA LOPPUTARKISTUKSESTA:

Luenttiinko kohta ääneen? Kyllä/ei

Kuka tarkisti? _____

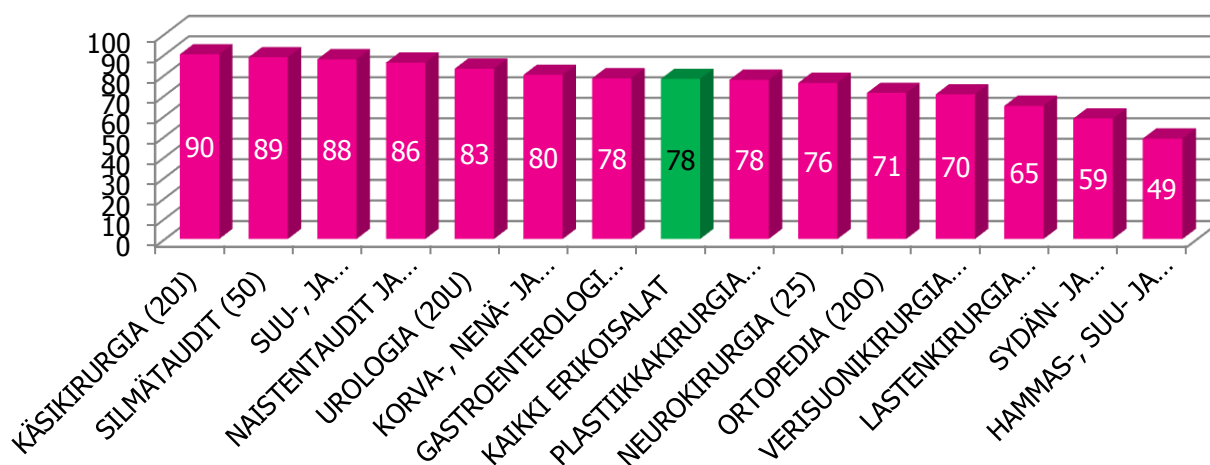
Kuka kuittasi? _____

Muita huomioita:

LIITE 2. TARKISTUSLISTAN KÄYTTÖASTEET ERIKOISALOITTAIN KYS:LLÄ.

TARKISTUSLISTAN KÄYTTÖASTE % ERIKOISALOITTAIN (tammi - huhti)

	Ennen anestesi- aa	Ennen toimenpidettä	Lopputarkastus	Keskiarvo
KÄSIKIRURGIA (20J)	86	93	90	90
SILMÄTAUDIT (50)	90	89	86	89
SUU-, JA LEUKAKIRURGIA (58V)	93	88	82	88
NAISTENTAUDIT JA SYNNYTYKSET (30)	89	84	85	86
UROLOGIA (20U)	94	86	69	83
KORVA-, NENÄ- JA KURKKUTAUDIT (55)	87	79	74	80
GASTROENTEROLOGIA (20G)	88	73	74	78
KAIKKI ERIKOISALAT	84	78	72	78
PLASTIIKKAKIRURGIA (20P)	87	75	71	78
NEUROKIRURGIA (25)	81	73	74	76
ORTOPEDIA (20O)	79	77	57	71
VERISUONIKIRURGIA (20V)	79	67	65	70
LASTENKIRURGIA (20L)	74	59	61	65
SYDÄN- JA RINTAELINKIRURGIA (20R)	69	50	56	59
HAMMAS-, SUU- JA LEUKASAIRAUDET (58)	63	44	40	49

Keskiarvo

LIITE 3. TUTKIMUSLUPA



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Ammattikorkeakoulu- ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoiden opinnäytetyön lupahakemus

1 (3)

Nro _____ / 20 ____

Hakemuksen käsittely on kuvattu hallinnollisessa ohjeessa "Opiskelijoiden opinnäytetyöt KYSissä". Hakemukseen liitetään opinnäytetyön suunnitelma aineistonkeruulomakkeineen, saatteineen ja rahoitussuunnitelma.

HAKIJA

Opinnäytetyön tekijä(t)

Nella Ovaskainen

Kulmakatu 1 F 51 70820 Kuopio, 050 411 0270,
nella.e.ovaskainen@edu.savonia.fi

Osoite, puh, s-posti

Nimi

Heta Kujamäki

Minna Canthinkatu 55 B 32 70110 Kuopio, 050 404 6349,
heta.e.kujamaki@edu.savonia.fi

Osoite, puh, s-posti

Nimi

Siiri Nelimarkka

Tiihottarentie 2 C 6 70500 Kuopio, 040 086 5894,
siiri.i.nelimarkka@edu.savonia.fi

Osoite, puh, s-posti

Nimi

Opiskelupaikka

☒ AMK mikä

Savonia AMK

☐ muu mikä _____

Suoritettava tutkinto

Sairaanhoitaja

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön nimi Tarkistuslistan käyttö Kuopion yliopistollisen sairaalan leikkausyksiköissä 4301 ja 4302

Opinnäytetyön lyhyt kuvaus (mm. tutkimuksen tarkoitus, kohderyhmä ja tutkimusmenetelmät) sekä julkaisusuunnitelma (maksimissaan 300 sanaa)

Opinnäytetyön tarkoitus on saada selville, kuinka tarkistuslistan käyttö toteutuu KYSin anestesia- ja leikkausyksiköissä ja kuinka sen käyttö on muuttunut kuluneen vuoden aikana. Havainnoimme myös sitä, kuka tarkistuslistaa käyttää ja on ottanut sen täytön vastuulle ja kuinka leikkaustiimissä ylipäättään suhtaudutaan tarkistuslistan käyttöön. Työn tavoitteena on havainnoinnin pohjalta lisätä potilasturvallisuutta lisäämällä leikkausyksiköissä työskentelevien tietoisuutta tarkistuslistan käytön nykytilasta ja tarpeellisuudesta. Toteutamme havainnointitutkimuksen KYSin leikkausyksiköissä 4301 ja 4302.

Opinnäytetyö tullaan julkaisemaan Theseus-julkaisuarkistossa ja tutkimus sekä tutkimustulokset esitellään leikkausyksiköissä työn valmistuttua.

Opinnäytetyö on

☒ amk-tutkinto☐ muu, mikä _____

Opinnäytetyön kokonaisaikataulu

9.12.2013 - 19.12.2014

Aikataulu KYSissä

Elo-syyskuu 2014

Kustannukset

☐ Arvio KYSille koituvista kustannuksista _____ €

Tarkempi kustannuserittely esitettävä erillisellä liitteellä.

☒ Ei aiheuta kustannuksia KYSille

2 (3)

Tutkimuseettisen toimikunnan lausunto	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsitellyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu	
Toimikunta _____	Lausunto nro _____ pvm _____
Johtajaylilääkärin lupa rekisteritutkimuksia varten	
<input type="checkbox"/> annettu <input type="checkbox"/> käsitellyssä <input checked="" type="checkbox"/> ei ole haettu	
pvm _____	
Henkilöstöjohtajan puolto henkilökuntaa koskevia opinnäytetöitä varten	
<input type="checkbox"/> annettu <input checked="" type="checkbox"/> käsitellyssä <input type="checkbox"/> ei ole haettu	
pvm <u>5.6.2014</u>	
Opinnäytetyön tuotoksen käyttöoikeus luovutetaan KYSille	
<input checked="" type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> ei	
ALLEKIRJOITUS JA SITOUMUS	
Allekirjoittaneet opinnäytetyöntekijät sitoutuvat noudattamaan palveluysikön esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta ja lähettämään valmiin opinnäytetyön yksikköön, jossa tutkimus on tehty, sekä luvan myöntäjälle.	
5/6 2014	
 Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus Siiri Nelimarkka	 Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus Heta Kujamäki
Nimen selvennys	Nimen selvennys
 Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus Nelli Ovasikainen	Opinnäytetyöntekijän allekirjoitus
Nimen selvennys	Nimen selvennys
OPINNÄYTETYÖN OHJAAJAT	
 Ohjaajan allekirjoitus ERJA TENGVALL	Ohjaajan allekirjoitus
Nimen selvennys	Nimen selvennys
Osoite, puhelin, s-posti	Osoite, puhelin, s-posti
erja.tengvall@savonia.fi	

3 (3)

PÄÄTÖS☒ Myönnän tutkimusluvan☒ Palveluyksikön /-alueen ylihoitajan päätös nro

44/2014

8.18.2014

Ulla Myllyläinen

Allekirjoitus

Minna Myllyläinen

Nimen selvennys

YHTEYSHENKILÖ KYSISSÄ (Palveluyksikön /-alueen ylihoitaja) ohjaaja

Seija Ronkainen

Seija Ronkainen

Nimi

SEJA.RONKAINEN@KUH.FI

S-posti

ANESTESIA-JA LEIKKAUSYKSIKKÖ 2, YBC

Työyksikkö

044-7113353

Puhelin

LIITTEET☒ Opinnäytetyön suunnitelma

sivua

☐ Rahoitussuunnitelma

sivua

☐ Muita liitteitä

sivua

Opinnäytetyön ohjaussopimus